

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
MARIE GALARNEAU

L'ESTIME DE SOI ET SA RELATION À L'AUTONOMIE PSYCHOLOGIQUE  
CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES AUTONOMES VIVANT À DOMICILE

SEPTEMBRE 1999

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

## Sommaire

Le nombre croissant de personnes âgées dans la province de Québec exige de mieux connaître cette population. L'espérance de vie augmente et s'accompagne de maladies chroniques associées à des pertes prolongées d'autonomie. Ce besoin de développer l'autonomie des personnes âgées répond aux orientations des différents paliers des gouvernements. Les écrits scientifiques se sont davantage penchées sur l'autonomie physique en négligeant l'aspect psychologique. Malgré cela, différentes recherches soulignent l'importance de maintenir l'autonomie psychologique des personnes âgées. Ces études ont permis d'identifier plusieurs variables en relation avec l'autonomie psychologique. De ces variables, l'estime de soi semble être celle qui lui est le plus étroitement liée. C'est pourquoi cette recherche vise à mieux identifier les relations entre l'estime de soi, l'autonomie psychologique et différentes variables significatives afin de cerner les prédicteurs potentiels de l'autonomie psychologique chez les personnes âgées. L'hypothèse étant que l'estime de soi serait un bon prédicteur de l'autonomie psychologique tout en tenant compte du sexe, de l'âge, de la santé perçue, de la scolarité, du revenu brut, du revenu antérieur et de la présence d'un confident chez les personnes âgées demeurant à domicile. L'étude a été réalisée auprès de 177 personnes âgées de 65 ans et plus demeurant à domicile, autonomes et ne souffrant pas de problèmes cognitifs.

Chaque personne a été rencontrée individuellement. Les résultantes des analyses de régression confirment l'hypothèse à savoir que l'estime de soi est une variable significativement en relation avec l'autonomie psychologique. De plus, comme les variables sociodémographiques se sont avérées significativement en relation avec l'autonomie psychologique, des analyses complémentaires, mettant en relation l'autonomie psychologique et l'estime de soi permettent une meilleure analyse. Ces résultats peuvent orienter l'intervention auprès des personnes âgées. En effet, toute action qui permettrait l'expression positive de l'estime de soi aurait comme impact d'agir sur l'autonomie psychologique et ainsi de donner un mieux-être aux personnes âgées.

## Table des matières

Sommaire.....	ii
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Le Contexte Théorique .....	7
1.1 L'autonomie .....	8
1.1.1 Le concept et ses définitions.....	9
1.1.2 L'autonomie psychologique.....	13
1.1.3 L'aspect développemental de l'autonomie psychologique.....	18
1.1.4 Le portrait d'une personne autonome psychologiquement ....	20
1.1.5 Les variables en relation avec l'autonomie psychologique chez les personnes âgées.....	22
1.2. L'estime de soi.....	31
1.2.1 Le concept et ses définitions.....	32
1.2.2 Le développement de l'estime de soi.....	35
1.2.3 Le portrait d'une personne selon l'estime de soi .....	40
1.2.4 Les variables en relation avec l'estime de soi chez les personnes âgées.....	42
1.3. L'autonomie psychologique et l'estime de soi chez les personnes âgées .....	46

1.4. Analyse critique des études empiriques.....	49
1.5. L'hypothèse .....	52
La Méthodologie .....	54
2.1 Les sujets.....	56
2.2 Les instruments de mesure .....	56
2.2.1 Le questionnaire d'informations générales.....	57
2.2.2 Le questionnaire d'autonomie psychologique.....	57
2.2.3 Les questionnaires d'estime de soi .....	58
2.3 Le déroulement de l'expérience.....	64
Résultats .....	66
3.1 Les résultats.....	67
3.1.1 Les analyses préliminaires .....	67
3.1.2 La relation entre les questionnaires d'estime de soi .....	69
3.1.3 La vérification de l'hypothèse.....	69
3.1.4 L'analyse des variables sociodémographiques.....	72
Discussion.....	76
4.1 Discussion .....	77
4.1.1 Les analyses préliminaires.....	77
4.1.2 Relations entre les questionnaires de l'estime de soi .....	78
4.1.3 Les variables prédictrices de l'autonomie psychologique.....	80
4.1.4 Les variables sociodémographiques en relation avec l'autonomie psychologique et l'estime de soi.....	86

Conclusion .....	91
Références .....	97
Appendice A: Les méthodes de compilation des questionnaires.....	109
Appendice B: Les questionnaires distribués aux sujets .....	116
Appendice C: Les analyses statistiques .....	124

### Liste des tableaux

Tableau 1	Description sommaire des dimensions et facteurs de l'autonomie psychologique.....	17
Tableau 2	Régressions hiérarchiques des variables indépendantes incluant les diverses mesures de l'estime de soi sur l'autonomie psychologique.....	70
Tableau 3	Compilation des items au questionnaire d'autonomie psychologique.....	115
Tableau 4	Régression multiple des variables sociodémographiques sur l'autonomie psychologique.....	125
Tableau 5	Régression multiple des variables sociodémographiques sur l'estime de soi Rosenberg.....	126
Tableau 6	Régression multiple des variables sociodémographiques sur l'estime de soi de Coopersmith.....	127



## Remerciements

L'auteure désire exprimer sa reconnaissance à sa directrice de mémoire, madame Micheline Dubé, Ph.D., professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour ses conseils et son soutien tout au long de cette recherche.

L'auteure tient également à remercier sa codirectrice, madame Johanne Boisjoly, D.Ps., professeure au Département de sociologie de l'Université du Québec à Rimouski pour sa disponibilité et son habileté à faire comprendre les données statistiques.

Merci à madame Francine Boutin pour la mise en page de ce document et pour la relecture.

Finalement, l'auteure exprime sa gratitude à son conjoint, monsieur Jean Robillard, pour sa patience et sa précieuse collaboration.

## Introduction

L'augmentation du nombre des personnes âgées et très âgées représente un phénomène nouveau à la fin de ce siècle, au Québec. De fait, les personnes de 65 ans et plus constituent 12 % de la population (Bureau de la Statistique du Québec, 1995, p. 22). Déjà en 1989, selon le Rapport de l'Enquête de Santé-Québec (Gouvernement du Québec, 1989), les personnes âgées représentaient 9 % de la population et étaient responsables de 37,4 % des dépenses de la santé au ministère de la Santé et du bien-être social du Québec. Les problèmes de santé des personnes âgées et très âgées regroupent à la fois l'état de santé physique, marqué par les maladies articulaires ou cardiaques et l'état de santé mental, affecté par la détresse psychologique et particulièrement la dépression (Caris & Mishara, 1994; Gouvernement du Québec, Rapport du groupe d'experts sur les personnes aînées, *Vers un nouvel équilibre des âges*, 1991). De plus, avec l'avancement en âge, les problèmes deviennent multiples et chroniques. La santé décroît avec l'âge et, si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles ont par contre une santé plus précaire, tandis que les hommes maintiennent une certaine stabilité dans leur état de santé (Caldock & Wenger, 1993 ; Carette, 1992a ; Caris & Mishara, 1994 ; Charpentier, 1995; Gouvernement du Québec, 1989 ; Quénart, 1991). Globalement, un quart des hommes âgés et un tiers des femmes âgées ont une santé assez précaire. Comme

conséquence, les personnes ont une espérance de vie de plus en plus longue mais les progrès au niveau de l'autonomie et de la qualité de vie ne suivent pas ce même rythme d'évolution (Carette, 1992a ; Conseil consultatif sur la situation de la femme (CCSF), 1994). En résumé, le phénomène du vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation de la prévalence des maladies chroniques associées à des pertes prolongées d'autonomie physique et psychique (Verreault, 1998).

Les recherches de Berger et Mailloux-Poirier (1993) soulignent que l'un des « éléments le plus important qui semble ressortir de la conception globale de la santé est sans contredit l'autonomie de la personne. » (p. 121) Les différents paliers de gouvernements abondent dans le même sens. En effet, depuis les dix dernières années, des travaux de consultation réalisés en vue de rédiger les politiques ministérielles ont mené à la formulation d'objectifs visant, entre autres, la promotion de l'autonomie (Conseil consultatif sur le troisième âge (CCNTA), 1989 ; Gouvernement du Québec, 1990 ; Théolis, 1990 ; Carette, 1992a ; Caris & Mishara, 1994 ; Verreault, 1998).

De plus, les politiques relatives au maintien de la santé insistent sur l'importance de la prise en charge de la personne par elle-même (Carette, 1992a ; Caris & Mishara, 1994). Elles favorisent le développement de l'indépendance (Vong, 1991 ; Johnson, 1990) et de l'autonomie personnelle (Carette, 1992a ; Young, 1986 ; Kitayama, Markus & Lieberman, 1995).

Laforest (1989) écrit que la perte de l'autonomie est plus que l'état de dépendance des vieillards devenus incapables de subvenir par eux-mêmes à leurs propres besoins, mais est un phénomène complexe qui implique différentes dimensions.

Dubé, G. (1995) souligne cette complexité en subdivisant le concept d'autonomie en cinq types : l'autonomie physique, psychologique, sociale, affective et économique. Le concept d'autonomie psychologique englobe plusieurs notions qui nécessitent une analyse raffinée du concept. En effet, malgré l'importance de cette variable, très peu d'études se sont penchées sur l'aspect psychologique de l'autonomie. L'autonomie psychologique représente la volonté de maintenir son pouvoir de décider et d'agir (Dubé & Lamy 1990 ; Dubé, Lalande, Gaudet & Dionne, 1991 ; Dubé, Alain, Lapierre & Lalande, 1992 ; Dubé, Bouffard, Lapierre & Bastien, 1993). « Elle est considérée comme un facteur décisif dans la poursuite d'un défi optimal. » (Deci et Ryan, 1985, cité par Bouffard, Dubé, Lapierre & Bastien, 1996, p. 130).

Dubé et ses collaborateurs (1991, 1992, 1993) démontrent que les variables prédictrices de l'autonomie psychologique sont un niveau d'espoir élevé en la réalisation de projets, une estime de soi élevée, la présence d'un confident, le lieu de résidence (domicile et institution) et le sexe. L'estime de soi apparaît donc comme un des déterminants important de l'autonomie psychologique (Dubé et al., 1991, 1992 ; Dubé, Bouffard, Lapierre et Bastien,

1993 ; Leclerc, Lefrançois et Poulin, 1992 ; Bourbeau, 1993 ; Talbot, 1995), et ce, plus particulièrement chez les femmes (Dubé et al., 1991, 1992). Coleman (1992, 1993), comme Schwartz (1975), insiste sur l'importance de l'estime de soi chez les personnes âgées en soulignant qu'elle est considérée comme le pivot de la qualité de vie pour ces dernières. Daniewicz, Mercier, Powers et Flynn (1991) rapportent que l'estime de soi représente un important indicateur du bien-être psychologique des personnes âgées. Taft (1985) affirme que l'estime de soi est le fondement de la santé psychosociale et de la qualité de vie des personnes âgées.

En plus des variables précitées, il faut tenir compte de l'impact de l'âge, du sexe et de la santé perçue des personnes âgées car, comme les statistiques le soulignent, la santé de ces personnes varie selon l'avancement en âge et leur sexe (Rapport de l'Enquête Santé-Québec, 1989 ; Caris & Mishara, 1994 ; Charpentier, 1995 ; Carette, 1992b). De plus, les recherches de Dubé et al. (1991, 1992) ont identifié le revenu avant la retraite, le revenu actuel, la scolarité et la présence d'un confident comme variables prédictrices de l'autonomie psychologique. Il reste cependant à mieux vérifier la relation qui existe entre l'autonomie psychologique et l'estime de soi afin de comprendre le lien qui existe entre ces variables pour pouvoir prédire davantage leur mécanisme d'influence ou de relation avec le phénomène étudié.

Cette recherche vise à mieux identifier les relations entre l'estime de soi et l'autonomie psychologique afin de cerner un des prédicteurs potentiels de l'autonomie psychologique chez les personnes âgées. Une telle compréhension permettrait de mieux connaître les différents éléments qui concourent au développement des personnes âgées et ainsi cerner comment les gens âgés peuvent se prendre en main pour mieux profiter de la vie en santé (Dubé, 1991). Une plus grande prise en charge des personnes âgées par elles-mêmes permettrait ainsi d'alléger le poids de la solidarité collective face au maintien des services de soins de santé (Joubert & Maranda, 1994).

Ce mémoire se divise en trois chapitres. Le premier présente les principales variables : l'autonomie psychologique et l'estime de soi ; il précise l'objectif et l'hypothèse de recherche. Le deuxième chapitre fait état de la méthodologie utilisée pour atteindre l'objectif visé. Le troisième chapitre présente les résultats et la discussion de la recherche.

## Contexte théorique



Ce chapitre explicite les concepts d'estime de soi et d'autonomie psychologique en les définissant, en analysant leur influence sur le développement de la personne, en identifiant les principaux facteurs pouvant les moduler, en précisant leur impact sur le comportement et enfin présente l'hypothèse de recherche.

## 1.1 L'autonomie

Bien que les orientations des politiques sociales dans le domaine de la gérontologie visent le maintien de l'autonomie, ce concept n'est pas clairement défini dans les documents officiels et dans les écrits scientifiques ; il devient donc essentiel de mieux le cerner pour en connaître toutes les dimensions. C'est l'objectif de la prochaine section du contexte théorique. La première partie portera sur des définitions de l'autonomie présentées par différents chercheurs et cliniciens pour arriver à établir une définition opérationnelle de cette variable. Par la suite, les caractéristiques du développement de l'autonomie psychologique seront présentées. De plus, le texte portera sur la présentation de différentes variables prédictives de l'autonomie psychologique qui ont été identifiées par certains chercheurs.

### 1.1.1 Le concept et ses définitions

Depuis un peu plus d'une décennie, l'accent est mis sur l'autonomie des gens dans notre société nord-américaine (Dufresne, 1990 ; Dubé, G., 1995 ; Kitayama et al., 1995 ; Verreault, 1998). Étymologiquement, le mot autonomie vient du grec « *autos* » (soi-même) et « *nomos* » (loi), celui qui fixe sa propre loi ; ceci laisse place à bien des interprétations. Selon Dworkin (1988), ce mot est utilisé d'une façon très large ; il est l'équivalent de liberté, d'indépendance, d'autodétermination, de responsabilité et de connaissance de soi. Parmelee et Lawton (1990) soulignent aussi l'utilisation de termes différents tels que agent, compétence, contrôle, maîtrise, indépendance comme synonyme d'autonomie. Ce qui fait dire à Talbot (1995) que « la grande variété des notions comprises dans le concept d'autonomie en fait un terme complexe qui ouvre la porte à de nombreuses interprétations et le rend difficile à définir de façon précise. » (p. 10). Donc, le concept autonomie mérite d'être clairement défini pour bien saisir tout son sens.

Dubé, G. (1995) souligne l'importance de définir ce mot et distingue cinq dimensions au sein du concept général l'autonomie physique, psychologique, sociale, affective et économique.

L'autonomie physique s'apparente à l'autonomie comportementale (Bourbeau, 1993 ; Dubé et al., 1991, 1992). C'est le plus souvent à cette dimension de l'autonomie que les politiques gouvernementales se rapportent (Carette, 1992a). Elle suppose qu'une personne âgée est autonome quand

elle peut gérer son quotidien sans le soutien de services externes, familiaux, publics ou privés (Carette, 1992a).

Pour Dubé, G. (1995), l'autonomie sociale « signifie être capable de comprendre et de prendre en main de manière active et critique le rôle qu'on occupe ou croit devoir occuper dans ses réseaux familial et social. » (p. 5) ; ceci implique que la personne autonome, quel que soit son âge, continue à assumer les différents rôles qui lui reviennent tout en étant capable de s'adapter aux changements.

« L'autonomie affective est la possibilité et la liberté d'aimer qui l'on choisit et de la manière que l'on souhaite et aussi être ouvert à l'amour de l'autre. » (Dubé, G., 1995, p. 5). Les gens âgés, comme tout être humain, possèdent une vie affective et amoureuse qui diffère pour chacun. Ces personnes ressentent le besoin d'aimer et de donner de la tendresse, ce qui se vit dans les gestes simples du quotidien. Que la vie sexuelle soit intense ou pas, ce qui demeure c'est de donner et de recevoir de la tendresse (Leclerc, 1985). Et c'est un droit qui leur revient (Dubé, G., 1995 ; Delpérée, 1992).

« L'autonomie économique (financière), c'est de décider soi-même de la disposition de ses biens et de leur administration ; c'est aussi avoir la capacité de se procurer des ressources et services essentiels. » (Dubé, G., 1995, p. 5) Ce type d'autonomie s'applique particulièrement aux personnes âgées. Il faut rappeler qu'un « revenu adéquat pour la population vieillissante signifie le maintien de son pouvoir d'achat et ainsi contribue à une meilleure

santé économique pour l'ensemble de la société. » (Tremblay et Payeur, 1994, p. 48).

Enfin, pour Dubé, G. (1995), l'autonomie psychologique « est la capacité et l'exercice de la prise de décision concernant sa propre vie, prise de décision qui suppose une juste connaissance de soi, de ses possibilités et limites, de ses valeurs. » (p. 5).

D'autres auteurs ont formulé une définition de l'autonomie. Laforest (1989) souligne que : « employé dans son sens le plus général, l'autonomie désigne une propriété de l'individu selon laquelle il est réputé capable de prendre les décisions le concernant et d'en assumer les responsabilités. » (p. 109). Leclerc, Lefrançois et Poulin (1992) perçoivent l'autonomie comme « la mesure du niveau de fonctionnement social. » (p. 117). La dynamique d'une personne semble être à la base de la définition de l'autonomie selon Deci et Ryan (1987) ; pour eux, l'autonomie signifie « un endossement interne de ses propres actions, le sens qu'elle vient de soi-même et est propre à soi. » (p. 1025) ; Carette (1992a) la définit comme « la capacité des individus de s'approprier leur vie en maîtrisant ses conditions » (p. 15), tandis que pour Collopy (1988), il s'agit du contrôle de la prise de décision et des autres activités par l'individu. Il réfère à un agent libre de toute intervention et interférence de l'extérieur (p. 10). Enfin, quant à eux, Albarède, Pous et Cayla (1981) proposent d'évaluer l'autonomie en mesurant les capacités physiques, cognitives et sociales.

Ces définitions ne portent pas explicitement sur l'aspect psychologique de la personne mais sont générales et englobent plusieurs dimensions. En se référant aux écrits de Parmelee et Lawton (1990), une compréhension plus précise de l'autonomie apparaît. Leur définition de l'autonomie est la suivante :

Un état, dans lequel la personne est, ou se sent, capable de poursuivre ses buts dans la vie par l'utilisation de ses propres ressources ; il y a ainsi un besoin minimum de faire appel aux ressources personnelles des autres. Cette implication n'est pas, certainement, libération de toutes responsabilités, de tous liens sociaux, et ainsi de suite, mais liberté de choix, d'action, et d'autodétermination de son espace vital; en d'autres mots, la perception et la capacité d'action indépendante efficace. (p. 465).  
(Traduction de l'auteure)

De ces différentes définitions, il ressort que le concept d'autonomie ne peut être étudié sans tenir compte des différents types d'autonomie (Dubé et al., 1990, 1991, 1992, 1993 ; Dubé, G., 1995 ; Hébert, Cartier et Bilodeau, 1984 ; Bouffard et Bastien, 1994 ; Bourbeau, 1993 ; Talbot, 1995). Dubé, G. (1995) présente cinq types d'autonomie, mais en tant que philosophe, elle présente et définit différentes formes d'autonomie dans une approche purement théorique sans s'appuyer sur une vérification empirique. Il revient à Dubé et al. (1992) d'avoir démontré expérimentalement qu'une différence existe entre l'autonomie fonctionnelle et l'autonomie psychologique. Les résultats de deux études entreprises par Dubé et al. (1991, 1992) soulignent « qu'en plus de l'indépendance comportementale, il existe au moins un autre volet à l'autonomie et c'est l'autonomie psychologique. » (1992, p. 59).

### 1.1.2. L'autonomie psychologique

Les recherches de Dubé et al. (1992) permettent de dire que l'autonomie psychologique représente une des composantes importantes de l'actualisation de soi de l'être humain. Dubé et al. (1991, 1992) et Bourbeau (1993) soulignent que, selon plusieurs auteurs, un des aspects fondamentaux de l'autonomie psychologique des personnes âgées est la notion de contrôle, c'est-à-dire « la volonté d'exercer son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir selon ses propres règles et selon ses valeurs. » (Dubé et al., 1991, p. 9).

Au niveau de la documentation, les mots autonomie et contrôle s'interchangent (Parmelee et Lawton, 1990) ; mais pour Dubé et al. (1991), une personne autonome a le pouvoir de choisir et Deci et Ryan (1987) abondent dans le même sens en soulignant qu'une personne autonome désire des résultats qu'elle veut atteindre et des moyens pour y parvenir.

Une personne peut avoir un contrôle interne ou externe sur sa vie ; lorsqu'une personne possède un contrôle interne, selon Bourbeau (1993) :

Elle perçoit qu'elle peut avoir un contrôle réel sur les événements de sa vie et qu'elle s'attribue la responsabilité de ses succès et de ses échecs. Par contre, dans le cas contraire, on dira qu'elle a un lieu de contrôle externe. (p. 15)

En plus de la notion de contrôle, il faut tenir compte de la dynamique personnelle de l'individu pour parler d'autonomie psychologique. Dubé et al. (1991, 1992) réfèrent aux auteurs suivants pour faire ressortir l'importance de

cette dynamique. Ainsi, il faut tenir compte de l'authenticité telle que soutenue par Collopy (1988) ; Paré (1984), lui, parle d'être soi-même et Lebeau et al. (1980) soulignent l'importance des traits de personnalité. Quant à eux, Deci et Ryan (1987) rappellent l'aspect très important de l'adhésion intérieure à ses choix ; Albarède et al. (1981) parlent de l'attitude active ou passive et Holahan (1987) souligne l'effort, l'engagement et la motivation. « Ainsi, l'autonomie psychologique réfère au contrôle que l'individu exerce, en se basant sur sa dynamique intérieure propre, cette dernière inclut la perception de soi, le ressenti intérieur et la motivation. » (Dubé et al., 1991, p. 10).

En plus de ces aspects, Dubé et al. (1991) soulignent qu'il faut tenir compte des capacités physiques, cognitives et sociales des personnes âgées comme éléments importants de l'autonomie psychologique. Ils s'appuient sur les éléments ci-dessous pour adopter cette position. En ce qui concerne les capacités physiques, les personnes âgées autonomes s'engagent dans des activités dans le but de se maintenir en santé. L'aspect cognitif implique que les personnes âgées s'engagent dans des activités qui entretiennent leur mémoire, leur raisonnement, leur créativité, leur capacité d'assimiler des connaissances. Dubé et al. (1991) continuent en soulignant l'importance pour les personnes âgées de demeurer alertes intellectuellement, d'apprendre et d'être curieux. Toujours selon ces auteurs, l'aspect social implique les habiletés de relations réciproques avec d'autres personnes, la capacité d'adaptation aux situations sociales et le maintien de ses compétences sociales.

Ainsi, « être autonome au plan psychologique, c'est tenir compte de ses capacités physiques et cognitives et de son intégration sociale et chercher à les maintenir et à les développer. » (Dubé et al., 1991, p. 11).

À ces aspects, Dubé et al. (1991) ajoutent la responsabilité, c'est-à-dire le souci dont doit faire preuve la personne autonome de tenir compte du contexte social et de l'environnement.

Comme cette recherche aborde l'autonomie psychologique des personnes âgées dans la perspective d'une compréhension des dynamiques intérieures qui sous-tendent les choix et les comportements, la définition de l'autonomie psychologique retenue est la suivante :

L'autonomie psychologique signifie le maintien de la volonté d'exercer soi-même son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir, en tenant compte de trois facteurs :

- 1) la dynamique de l'individu, c'est-à-dire sa perception de soi, son ressenti intérieur et sa motivation ;
- 2) ses capacités, c'est-à-dire ses capacités physiques, cognitives (intellectuelles) et sociales ;
- 3) son intégration sociale (responsabilité). (Dubé et al. p. 11-12).

Cette définition souligne deux dimensions de l'autonomie psychologique, soit le contrôle décisionnel, c'est-à-dire « la volonté d'exercer sa capacité de décider ou de ne pas décider » (p. 13) et le contrôle comportemental qui « réfère à la volonté d'exercer son pouvoir d'agir ou de ne pas agir. » (p. 13).



Ces deux dimensions, toujours selon Dubé et al. (1991), s'appliquent à trois facteurs qui sont la dynamique, les capacités et le sens de la responsabilité de la personne. La dynamique de l'individu implique que « l'autonomie est ancrée dans la perception que l'individu a de lui-même (aspect cognitif), ou dans son ressenti intérieur (aspect émotif) et d'où provient sa motivation (volonté) pour utiliser ou non ses capacités. » (p. 13). Le deuxième facteur, les capacités de l'individu, se compose des capacités physiques, cognitives et sociales de la personne. La capacité physique représente ce qu'une personne peut faire ou ne pas faire dans son quotidien, alors que l'aspect cognitif implique « la disponibilité du potentiel intellectuel de l'individu » (p. 13) et que l'aspect social renvoie aux habiletés d'une personne à entrer en contact avec les autres. Le troisième facteur, soit la responsabilité ou l'intégration sociale, signifie que « l'individu est conscient de sa responsabilité sociale, c'est-à-dire qu'il est conscient des limites inhérentes au contexte social et à l'environnement, qu'il en tient compte et les respecte. » (p. 13) (voir Tableau 1).

La prochaine section décrit le développement et le portrait d'une personne autonome psychologiquement, tout en présentant les variables prédictrices de celle-ci.

Tableau 1  
Descriptions sommaires des dimensions et facteurs de  
l'autonomie psychologique

- 
1. Les dimensions
    - a) Le contrôle décisionnel:  
Le contrôle décisionnel réfère à la volonté d'exercer son pouvoir de décider ou de ne pas décider.
    - b) Le contrôle comportemental:  
Le contrôle comportemental réfère à la volonté d'exercer son pouvoir d'agir ou de ne pas agir.
  2. Les facteurs:
    - a) La dynamique de l'individu:  
La dynamique de l'individu implique que l'autonomie est ancrée dans la perception que l'individu a de lui-même (aspect cognitif), ou dans son ressenti intérieur (aspect émotif) d'où provient sa motivation (volonté) pour utiliser ou non ses capacités.
    - b) Les capacités de l'individu  
L'autonomie psychologique implique de tenir compte de ses capacités physiques, cognitives et sociales et de chercher à les maintenir et à les développer. Les capacités physiques sont les capacités fonctionnelles reliées aux performances de l'organisme dans les activités de la vie quotidienne et domestique. Les capacités cognitives réfèrent à la disponibilité du potentiel intellectuel, tandis que les capacités sociales réfèrent à la capacité d'entrer en relation.
    - c) L'intégration sociale:  
L'intégration sociale implique que l'individu est conscient de sa responsabilité sociale, c'est-à-dire qu'il est conscient des limites inhérentes au contexte social et à l'environnement, qu'il en tient compte et les respecte.

Extrait de Dubé et al. (1991), p. 13 avec la permission des auteurs

---

### 1.1.3. L'aspect développemental de l'autonomie psychologique

Saint-Arnaud (1982) estime que l'autonomie de la personne est un trait de personnalité, qui, comme tous les autres, ne peut s'expliquer sans remonter à la présence dans le code génétique de programmes innés qui guident la croissance de l'individu. Elle ne peut s'expliquer non plus sans faire état de programmes acquis sous l'influence de l'environnement. Selon E. H. Erikson, J. M. Erikson et Kivnick(1989), c'est entre un an à trois ans qu'elle se développe. Par la maturation, l'enfant acquiert d'importantes habiletés de contrôle sur soi-même et sur l'environnement : la parole, la marche et le contrôle des sphincters. De fait, selon Cloutier et Renaud (1990), le sentiment d'autonomie s'acquiert à travers la réussite de contrôle que l'enfant expérimente dans sa relation avec les autres ; d'après Hoffman-Gosset (1987), « il se construit donc dans l'action, le langage, le sentiment, la mémoire et l'imagination du sujet. » (p. 14).

Le milieu familial semble avoir pour effet de créer chez le sujet, encore enfant, les conditions de base du développement de la confiance en soi, de l'estime de soi et de l'indépendance d'esprit qui caractérisent les personnes qui ont une forte autonomie psychologique. Cette base semble déterminante au point où, sans elle, l'autonomie psychologique paraît sérieusement compromise, mais jamais, semble-t-il, jusqu'à écarter toute possibilité de la voir se réactiver par la suite (Coopersmith, 1984a ; Battle, 1991 ; Leclerc et al., 1992a ; L'Écuyer, 1988, 1994).

De plus, selon Dworkin (1988), l'autonomie est une caractéristique de la personne qu'il est désirable d'avoir parce qu'elle lui permet de se prendre en main :

L'idée d'autonomie n'est pas seulement une notion évaluative ou réflexive, mais inclut aussi quelques habiletés à la fois pour changer ses choix et les rendre effectifs dans l'action ; en effet, les rendre effectifs parce qu'on a réfléchi à leur sujet et qu'on les a adoptés comme notre bien. (p. 17)

L'autonomie est donc un trait de personnalité qui, une fois développé, demeure stable à travers le temps (Saint-Arnaud, 1982) ; elle varie d'une personne à l'autre selon la capacité cognitive, affective et physique tout en tenant compte de la dynamique de la personne (Coleman, Aubin, Robinson, Ivani-Chalian & Brigg, 1993). Ces caractéristiques démontrent l'importance de tenir compte de l'hétérogénéité des personnalités dans leurs interactions (Caldock et Wenger, 1993) et permettent même d'établir le portrait d'une personne ayant une autonomie psychologique positive et une personne avec une autonomie psychologique négative. La prochaine section en fera la description.

#### 1.1.4. Le portrait d'une personne autonome psychologiquement

La personne autonome se sent responsable de ses choix. Elle tient compte, dans ses décisions, de son vécu social. « Plus le comportement est autonome, plus il est endossé par le soi global et est expérimenté comme une action pour laquelle la personne est responsable. » (Deci et Ryan, 1987, p. 1025).

Selon Delisle (1989), l'autonomie suppose liberté et indépendance. La personne autonome est capable de choix et de décisions (Dubé et al., 1991, 1992, 1993 ; Dubé, G., 1995 ; Bourbeau, 1993 ; Talbot, 1995). Elle est en mesure de se prendre en main, de se diriger; elle devient l'agent autodéterminant de son développement. En fait, l'agent de décision réellement autonome reconnaît et répond aux déterminations externes, précisément en les choisissant et les acceptant librement (Caldock & Wenger, 1993).

L'exemple suivant illustre bien la différence entre indépendance et autonomie: une personne qui choisit de vivre dans une résidence perd son indépendance dans la mesure où elle doit obéir aux règles de la communauté, cependant elle garde son autonomie parce qu'elle choisit son engagement, qu'elle agit en fonction de sa décision et qu'elle peut toujours en décider différemment. Donc, une personne peut être autonome tout en acceptant des dépendances nécessaires à la réussite de sa vie. Cependant il est bon de souligner que, pour plusieurs, dépendance signifie soumission, asservissement (Veysette, 1989).

Une personne autonome n'est pas exempte de toute influence, mais elle est à même d'assimiler les influences et de s'en servir en fonction de son développement. « Être autonome, c'est précisément vivre pour soi, être soi-même, plutôt que de vivre pour l'autre et sur sa dépendance. » (Carette, 1992a, p. 27-28).

La personne ayant une forte autonomie psychologique accorde plus d'importance à sa subjectivité qu'aux points de vue d'autrui dans la conduite de sa vie et elle donne priorité à son ressenti, c'est-à-dire à ses contenus expérientiels, par rapport à son rationnel (Leclerc et al., 1992). Il est justifié d'avancer l'idée qu'une personne ayant une forte autonomie psychologique peut espérer connaître une meilleure qualité de vie (Leclerc et al., 1992).

Ryff (1991) synthétise ce portrait en disant que l'individu autonome psychologiquement est autodéterminé et indépendant ; il est capable de résister aux pressions sociales dans sa façon de penser et d'agir ; il règle son comportement de l'intérieur (à partir de ses valeurs, de son jugement) ; il s'évalue lui-même sur la base de standards ou de critères personnels.

Suite à la présentation ce portrait et de l'aspect développemental de la personne autonome psychologiquement, une question se pose : quelles sont les variables associées à l'autonomie psychologique chez les personnes âgées?

### 1.1.5. Les variables en relation avec l'autonomie psychologique chez les personnes âgées

Plusieurs recherches ont tenté d'identifier les variables en relation avec l'autonomie psychologique chez les personnes âgées. Les recherches de Dubé et al. (1991, 1992), Bourbeau (1993), Leclerc et al. (1992) et Talbot (1995) ont permis d'identifier certaines variables prédictrices de l'autonomie psychologique. La section suivante présente les résultats relatifs aux différentes variables étudiées : l'estime de soi, le sexe, l'âge (nombre de personnes présentes), la santé perçue, le lieu de résidence, le revenu, la scolarité, le réseau social, la présence d'un confident, le niveau d'espoir en la réalisation de projets, les valeurs actualisantes.

#### 1.1.5.1. L'âge

Lorsque l'âge est pris en considération, il n'influence pas l'autonomie psychologique d'une personne âgée, selon Dubé et al. (1992) et Bourbeau (1993). Selon cette dernière:

En d'autres termes, ce n'est pas parce qu'une personne atteint le troisième et le quatrième âge qu'elle perd sa capacité et sa volonté de prendre des décisions et de contrôler sa vie. (p. 86).

Cependant, les recherches de Leclerc et al. (1992) soulignent que la relation entre l'âge et l'autonomie psychologique diffère lorsque les âges sont

regroupés ; les personnes de 65-71 ans possèdent plus d'autonomie que celles de 72 ans et plus, il est logique de déduire que c'est passé 72 ans que la perte d'autonomie psychologique se manifeste ; ce qui « révèle que le niveau d'autonomie psychologique décroît significativement d'un groupe d'âge à l'autre de 60 à 100 ans. » (1992b, p. 85).

Pour d'autres chercheurs, ce n'est pas l'avance en âge qui influence l'autonomie psychologique mais bien la dynamique de la personne, son type de personnalité. Comme le soulignent Rousseau, Denis et Dubé (1993) :

La personne n'échappe pas à son passé; la structure de sa personnalité, son style de vie antérieur, les différences individuelles englobant les comportements, les valeurs, les attitudes sont autant de déterminants d'un vieillissement réussi.  
(p. 12)

Ainsi, l'adaptation des personnes âgées face aux pertes démontre que la perte d'autonomie n'est pas nécessairement liées aux diminutions physiologiques et psychologiques (Fisher, 1991 ; Gommers & Van den Bosh de Aguilar, 1992) mais que la personnalité en est un déterminant majeur. La stabilité et le changement de comportement dans les derniers temps de la vie sont en soi fonction du type de personnalité antérieure (Coleman, 1992). Une personne capable d'adaptation diffère de celle qui demeure rigide dans ses coutumes.

En résumé, pour Dubé et al. (1991, 1992), Bourbeau (1993), Rousseau, Denis & Dubé(1993) et Talbot (1995), l'âge n'a pas d'influence sur l'autonomie



psychologique, mais pour Leclerc et al. (1992), elle semble diminuer avec l'avance en âge.

#### 1.1.5.2. Le sexe

Lorsque la variable sexe est prise en considération, il y a des différences qui apparaissent selon certaines recherches. L'analyse des études de Leclerc et al. (1992), démontre que chez les sujets âgés de moins de 78 ans, le niveau d'autonomie des hommes est supérieur à celui des femmes ; cependant chez les plus âgés, c'est l'inverse qui se produit. L'analyse de régression en fonction de l'âge démontre en effet que la diminution de l'autonomie psychologique est plus grande d'un groupe d'âge à l'autre chez les hommes de 60 à 100 ans qu'elle ne l'est chez la femme du même âge ; Leclerc écrit : « à cause du lien observé entre le niveau de santé et l'actualisation de soi, il est permis de penser que les femmes ont une moins bonne autonomie psychologique que les hommes. » (p.89).

Ces résultats diffèrent de ceux de Dubé et ses collaborateurs (1991) ; de fait, les résultats de la recherche de Dubé et al. (1991) ont mis en évidence que les femmes (âgées et très âgées) affichent plus d'autonomie psychologique que les hommes.

Les résultats des analyses de variance montrent que les femmes présentent une plus grande autonomie psychologique sur l'échelle capacités

( $M = 50.34$  pour les femmes vs  $M = 45.26$  pour les hommes ;  $F(1,85) = 10,39$ ,  $p < .001$  et sur l'échelle d'autonomie psychologique totale ( $M = 120.70$  pour les femmes vs  $M = 113,34$  pour les hommes ;  $F(1,85) = 7,17$ ,  $p < .01$ ). (p. 63).

Enfin, les femmes tendent à exercer davantage leur volonté de décider et d'agir surtout en regard de leurs capacités (Bourbeau, 1993 ; Dubé et al., 1991).

Les résultats contradictoires constatés entre ces études peuvent s'expliquer par des différences au niveau des instruments de mesure utilisés et de la population à l'étude. Ces précisions seront apportées au point 1.1.5.3.

#### 1.1.5.3 L'interaction l'âge et le sexe

Si l'âge et le sexe sont considérés simultanément, certaines nuances s'imposent. En effet, il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes de même groupe d'âge ; « L'autonomie psychologique, en fonction de l'âge seulement, révèle, par une analyse de régression, que le niveau d'autonomie décroît significativement d'un groupe d'âge à l'autre de 60 à 100 ans ». (Leclerc et al., 1992, p. 85). La différence d'autonomie entre hommes âgés et femmes âgées se situe essentiellement entre les hommes de 65 à 71 ans et les femmes de 72 ans et plus ( $p = 0,002$ ).

Donc, pour Leclerc et ses collaborateurs, les hommes âgés sont généralement plus autonomes que les femmes âgées jusqu'à l'âge de 78 ans (1992) ; au-delà de cet âge, ce sont les femmes qui démontrent le plus haut niveau d'autonomie psychologique. Il y a donc une interaction de l'âge et du sexe et certaines nuances s'imposent. Selon Dubé et al. (1991, 1992), ce sont les femmes qui démontrent le plus leur désir de décider et d'agir selon leur perception de soi et leurs sentiments. Ces résultats sont contradictoires par rapport aux recherches de Leclerc et al. (1992) et sont pour le moins surprenants. Pour Leclerc et al. (1992), ce sont les hommes qui ont une forte autonomie psychologique, tandis que pour Dubé et al. (1991, 1992) et Bourbeau (1993), c'est l'inverse : les femmes ont une plus forte autonomie psychologique que les hommes.

Les différences de résultats entre ces chercheurs peuvent s'expliquer par le choix des questionnaires et par le choix de la population étudiée. Leclerc et al. (1992) utilisent l'échelle de référence à soi du POI qui est une mesure d'actualisation de soi, ce n'est donc pas une échelle spécifique de l'autonomie psychologique et leur recherche s'adresse à une population normale de personnes âgées autonomes ; d'autre part, Dubé et al. (1991, 1992) et Bourbeau (1993) se servent du Questionnaire d'autonomie psychologique (QAP). Les subtilités relatives à la pertinence du choix du questionnaire auprès des personnes âgées sont expliquées plus spécifiquement vers la fin de cette section. Enfin, les recherches de Dubé et al. (1991, 1992) et Bourbeau (1993) comportaient un pourcentage plus important de clientèle en perte d'autonomie fonctionnelle.

#### 1.1.5.4 La santé perçue

La santé perçue a une influence significative sur l'autonomie psychologique selon Dubé et al. (1991, 1992) ; Lamy, Dubé, Lapierre, Alain et Lalande (1994) ; Roy, Vézina et Cliche (1996).

Bourbeau (1993) affirme:

Les gens qui se perçoivent en meilleure santé seraient plus enclins à décider et à agir à partir de leur perception de soi et de leur ressenti intérieur (sentiments) et considéreraient important de le faire par eux-mêmes. (p. 58).

Pour les femmes, ceci devient la base de la motivation à prendre soin de soi et cette habileté est déterminée par l'estime de soi qu'une personne a vis-à-vis elle-même (Lantz, 1985, voir Dubé et al., 1992, p. 61).

La santé apparaît essentielle au maintien de l'autonomie psychologique des personnes âgées ; comme le souligne Laforest (1989), la détérioration physique, l'insuffisance des ressources et la pression de l'environnement représentent trois facteurs susceptibles de porter atteinte à leur autonomie psychologique et leur capacité d'adaptation. En effet, les stéréotypes véhiculés et acceptés par la société et les personnes âgées font en sorte qu'une personne âgée avec une incapacité se perçoit négativement (Rodin, 1980) ; elle croit qu'elle a peu ou plus de choix et, de ce fait, diminue son autonomie et se soumet à la volonté des autres (Deci et Ryan, 1987).

#### 1.1.5.5 Le lieu de résidence

Pour Dubé et al. (1992), le lieu de résidence semble être en relation significative avec l'autonomie psychologique. Les personnes âgées vivant à leur résidence semblent avoir une autonomie psychologique plus forte que les personnes demeurant en institution ; ces dernières paraissent « renoncer davantage à leur pouvoir de décider et d'agir principalement en ce qui a trait à l'exercice de leurs capacités. » (p. 58). Cependant, les résultats de Leclerc et al. (1992) nuancent cette affirmation : ils soulignent que le lieu de résidence a un impact presque nul sur l'autonomie psychologique mais ces auteurs n'incluent pas, dans leur échantillon de sujets, de personnes âgées vivant en institution, seulement des personnes âgées demeurant à domicile.

#### 1.1.5.6. Le revenu actuel

Le revenu annuel influence aussi l'autonomie psychologique : plus les revenus sont inférieurs à 14 000 \$, plus la personne a une faible autonomie psychologique selon Leclerc et al. (1992). Mais, pour Bourbeau (1993), le revenu actuel ne semble pas avoir d'influence sur l'autonomie psychologique.

#### 1.1.5.7 Le revenu antérieur

Pour Dubé et al. (1992), le revenu antérieur semble plus significatif. En effet, le revenu antérieur influencerait aussi l'autonomie psychologique des sujets à domicile. « Les gens ayant bénéficié d'un revenu antérieur qu'ils estiment au-dessus de la moyenne auraient une meilleure autonomie psychologique dynamique. » (p. 58). Là encore, ces personnes âgées ont plus tendance à décider et agir en fonction de leurs sentiments et de leur perception de soi.

#### 1.1.5.8 La scolarité

La scolarité ne semble pas influencer l'autonomie psychologique (Dubé et al., 1992 ; Bourbeau, 1993). Mais les résultats de Leclerc et al. (1992) atténuent cette affirmation; pour eux, « il semble que l'autonomie psychologique est directement tributaire d'une scolarité supérieure à 13 ans. » (p. 83). Hémond (1999) abonde dans le même sens.

#### 1.1.5.9 La présence d'un confident

Les gens ayant au moins un confident démontrent un bon moral et une bonne santé mentale (Dubé et al., 1991). Cette variable s'est avérée en relation avec l'autonomie psychologique, toujours selon Dubé et al. (1991).

#### 1.1.5.10 Le réseau social

Le réseau social est une variable qui s'est avérée fortement en relation avec l'autonomie psychologique. Les femmes, plus que les hommes, s'entourent d'un grand nombre de personnes dans leur vie ; ce sont d'abord les relations avec les membres de la famille qui maintiennent la qualité de l'autonomie psychologique des gens, tandis qu'un plus grand nombre de personnes hors famille semblent avoir un effet négatif sur l'autonomie psychologique, comme si les personnes âgées abandonnaient leur pouvoir de décider et d'agir face aux intervenantes et aux intervenants (Dubé et al., 1991).

#### 1.1.5.11 Le niveau d'espoir en la réalisation de projets

Enfin, le niveau d'espoir en la réalisation de projets demeure la variable la plus fortement en relation avec toutes les dimensions de l'autonomie psychologique pour les gens vivant à domicile et en institution. Selon Dubé et al. (1992), « l'existence de projets et l'espoir en leur réalisation permettraient de conserver cette motivation à décider et à agir par soi-même, et ce, dans toutes les sphères de sa vie. » (p. 63).

#### 1.1.5.12 Les valeurs actualisantes

Les personnes âgées qui vivent les valeurs actualisantes qui comprennent la vision positive de l'humain et l'absence de sentiment de solitude développent une forte autonomie psychologique (Dubé et al., 1991).

Pour faire suite à cette présentation du concept d'autonomie psychologique, la section suivante vise à mieux circonscrire le concept d'estime de soi.

### 1.2 L'estime de soi

L'estime de soi est une variable prédictrice de l'autonomie psychologique (Bourbeau, 1993 ; Dubé et al., 1991 ; Leclerc et al., 1992). Pour Leclerc et al. (1992), elle serait « la première caractéristique positive des personnes âgées en relation avec l'autonomie psychologique. » (p. 68). Elle a une influence sur la prise en charge de la personne par elle-même, elle influence sa motivation à décider et à agir (Lantz, 1985, voir Dubé et al., 1992). Devant l'importance de la relation entre l'estime de soi et l'autonomie psychologique, la prochaine section vise à mieux définir et comprendre ce concept.

Les recherches abondent en ce qui concerne l'estime de soi (Battle, 1989, 1991, 1993 ; Campbell, 1990). Cependant, les concepts d'estime de soi,



de perception de soi, d'image de soi, d'acceptation de soi, de confiance en soi, de forces du moi se confondent dans la documentation. Pour approfondir l'un d'entre-eux, il importe de bien le définir (Battle, 1993 ; Baumeister, 1993 ; Hattie, 1992 ; L'Écuyer, 1994 ; Steffenhagen, 1990 ; Steffenhagen & Burns, 1987).

### 1.2.1 Le concept et ses définitions

Bednar et Peterson (1995) font remarquer que le développement conceptuel récent de l'estime de soi souligne la disparité des modèles, les recherches tendant à insérer l'estime de soi dans le concept de soi. Il donne comme exemples Rosenberg pour qui l'estime de soi est la dimension affective de l'acceptation de soi et de la sensation de sa valeur et Rogers (1961) qui avance que l'estime de soi consiste à connaître son « moi » affectif et sa propre valeur. Elle est la dimension affective du concept de soi qui lui se compose des dimensions cognitive, affective et comportementale (Hattie, 1992 ; Toulouse, 1986).

De l'analyse des différents écrits portant sur l'estime de soi, il ressort que celle-ci vient de la perception affective qu'une personne a d'elle-même : soit qu'elle s'accepte gratuitement, de façon inconditionnelle, avec ses forces et ses faiblesses, soit qu'elle s'oblige à atteindre des objectifs spécifiques précis pour s'apprécier ou se respecter (Rosenberg, 1979, 1985, 1986 ; Vallières & Vallerand, 1990). Elle représente une dimension essentielle de la

structuration de la personnalité (Bednar & Peterson 1989, 1995) ; elle exprime la dimension amoureuse de la personne envers elle-même (Bourbeau, 1993). Pour Branden (1969), cette perception de soi « impose un sens d'efficacité personnelle et un sens d'une valeur personnelle. » (p. 110). Frank et Morolla (dans Dubé et al., 1991) abondent dans le même sens; pour eux, l'estime de soi a deux dimensions l'une, interne, réfère aux sentiments de compétence qu'un individu a envers lui-même suite à ses expériences personnelles et l'autre dimension externe exprime l'appréciation donnée par ceux qui ont de l'importance pour la personne.

L'estime de soi est donc un construit perceptif. C'est une bonne intégration de la réalité, développée à partir de la congruence entre le comportement de l'individu et ses conséquences. L'estime de soi devient la perception de notre propre estime et de sa dynamique, toujours en mouvement. Elle se construit à partir de l'évaluation des accomplissements passés, des actions présentes et de la perception de ses habiletés pour atteindre des objectifs futurs. Selon Steffenhagen et Burns (1987), « l'estime de soi n'est pas limitée dans le temps. » (p. 25).

L'estime de soi représente la composante affective d'une personne. C'est une fonction subjective, venant à la fois de sources endogènes et exogènes : comment moi je me perçois comme objet (je), comment les autres me perçoivent (moi).

Plusieurs auteurs définissent l'estime de soi. De fait, pour cerner les composantes importantes à retenir, il importe de présenter et d'analyser les principales définitions dans le but d'identifier par la suite les éléments communs.

Coopersmith (1984b) définit l'estime de soi de la façon suivante :

L'estime de soi est l'expression d'une approbation ou une désapprobation portée sur soi-même. Elle indique dans quelle mesure un individu se croit capable, valable, important. C'est une expérience subjective qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs. (p. 6) (traduction libre de l'auteure)

Quant à lui, Rosenberg (1979) la définit ainsi : « L'estime de soi est une attitude positive ou négative envers un objet, nommément, le soi. » (p. 30). Pour Branden (1969), il la considère comme « un jugement de valeur qu'une personne porte vis-à-vis elle-même, non pas de façon consciente mais plutôt sous forme de sensation (*feeling*), celle-ci lui donne le sens de sa valeur et l'intensité de sa confiance en soi. » (p. 110). Quant à Taft (1985), à son propos, il s'exprime ainsi : « Il s'agit de la composante évaluative associée au concept de soi, définie comme l'ensemble des croyances et sentiments qu'une personne entretient sur elle-même à un moment donné. » (voir Dubé et al., 1991, p. 116).

L'estime de soi exprime donc un jugement évaluatif, subjectif et affectif d'une personne par rapport à sa valeur ; ceci détermine ses attitudes envers elle-même et, de ce fait, conditionne son efficacité personnelle. Ainsi, l'estime

de soi est le processus par lequel une personne donne une valeur affective au soi, c'est donc un phénomène complexe.

### 1.2.2 Le développement de l'estime de soi

Selon Battle (1989) et Roy, Neale et Kendler (1995), l'estime de soi subit, dès la naissance, une influence biologique de par sa composante génétique. Steffenhagen et Burns (1987) abondent dans le même sens en disant que « l'humain est essentiellement un organisme biologique (soi physique) avec certains besoins ; ces besoins se complètent à travers des relations sociales. » (p. 25).

L'estime de soi se développe donc graduellement au fur et à mesure qu'une personne atteint sa maturité et interagit avec les autres (Battle, 1991 ; Gagnon, 1994). Elle se stabilise vers le milieu de l'adolescence (Steffenhagen et Burns, 1987). Battle (1993) confirme ces affirmations en rapportant que :

L'estime de soi réfère à la perception qu'un individu possède de sa propre valeur. Une perception individuelle du soi se développe graduellement et devient plus différenciée quand il/elle atteint une maturité et qu'il/elle interagit avec d'autres personnes significantes. La perception de sa propre valeur, lorsqu'établie, tend à être relativement stable et résistante aux changements. (p. 18) (traduction libre de l'auteure).

Pour conclure, dans son développement, l'estime de soi subit à la fois une influence génétique et sociale. En fait, le développement de l'estime de

soi représente une expérience subjective. Elle devient l'expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et personnelle, qui se traduit aussi bien verbalement que par des comportements significatifs. Une personne adopte donc une attitude positive ou négative envers elle-même et cette attitude se construit dans différents domaines d'activité : vie familiale, sociale et professionnelle et par la perception générale de soi (Coopersmith, 1984b ; Perlow, 1992).

#### 1.2.2.1 La vie familiale

Un des déterminants les plus significatifs pour le développement de l'estime de soi demeure indéniablement la famille ; celle-ci influence une personne dès sa naissance (Leclerc et al., 1992 ; Coopersmith, 1984a ; Gagnon, 1994). Leclerc et al. (1992) rappellent que le milieu familial doit être considéré comme l'un des facteurs-clés du développement de l'estime de soi et sans doute l'un des meilleurs prédicteurs d'une qualité de vie pour le reste de l'existence.

#### 1.2.2.2 La vie sociale

L'environnement familial semble jouer un rôle déterminant sur plusieurs plans à la fois : affectif, social et spirituel. Mais d'autres milieux et d'autres personnes exerceront éventuellement une influence importante sur le

développement de l'estime de soi, soit pour la renforcer, soit la contrecarrer ou l'affaiblir: l'école, le milieu de travail, la vie de couple, les relations sociales, la société, etc. (Leclerc et al., 1992). De plus, le support social vécu par les personnes âgées affecte leur estime de soi (Dubé et al., 1992 ; Bourbeau, 1993).

La personne apprend, à travers ses interactions, à s'évaluer bonne ou mauvaise, compétente ou incompétente, ayant de la valeur ou pas. Cette image d'elle-même lui vient de la façon dont elle se juge en relation avec ses pairs. Dans un milieu donné l'individu apprend par les feedback qu'on lui renvoie (Leclerc et al., 1992 ; Dubé et al., 1991).

Donc, le réseau social influence l'image affective qu'une personne entretient vis-à-vis d'elle-même. Les groupes sociaux, les amies et les amis, les loisirs, les engagements sont tous des moyens pour une personne de maintenir son estime. Le message envoyé par les autres, la façon dont il est perçu par la personne, son interprétation conditionnent son regard vis-à-vis elle-même. L'importance des amies et des amis est un des déterminants de l'affection qu'une personne se donne. Des amies et des amis qui vous acceptent gratuitement pour ce que vous êtes développent chez vous un sentiment d'être aimé, accepté, d'avoir de la valeur et ça tout au long de la vie (Coopersmith, 1984a ; Battle, 1993 ; Bourbeau, 1993).

Les femmes âgées qui sont entourées de confidents, qui se sentent aimées et respectées ont une estime de soi plus forte que les autres

(Bourbeau, 1993); la famille représente le lien le plus significatif pour les femmes âgées (Dubé et al., 1991). Le nombre d'amies et d'amis intimes influence l'estime de soi des femmes âgées : plus une personne a de confidentes ou confidents, plus son estime de soi est élevée (Bourbeau, 1993).

#### 1.2.2.3 La vie professionnelle (le travail)

La vie professionnelle qui se forge à travers les expériences personnelles, selon Coopersmith (1984a), contribue au développement de l'affection qu'une personne ressent pour elle-même. Dans la vie, les gens vivent différentes expériences tels: épouse ou époux, mère ou père de famille, travailleuse ou travailleur, sportive ou sportif, engagée ou engagé, retraitée ou retraité, etc. Une personne peut avoir une forte estime d'elle-même en tant que retraitée ou retraité mais trouver que ses habiletés pour apprendre à gérer ses pertes sont faibles ; cette prise de conscience influence l'estime de soi de la personne selon l'importance qu'elle accorde à ces différents vécus. Ces différents domaines d'activités influencent l'appréciation globale de soi en pondérant ces appréciations spécifiques selon l'importance subjective que la personne leur accordent. En fait, c'est la perception globale de la personne qui joue en ce moment-là car, la vie d'une personne, avec toutes les expériences qu'elle accumule, est influencée par l'estime de soi globale que cette personne porte et maintient vis-à-vis elle-même depuis son adolescence (Coopersmith, 1984a).

#### 1.2.2.4 La perception générale de soi

Il est bien évident que les facteurs reliés à l'environnement ne peuvent constituer l'unique cause du développement de l'estime de soi ; il faut également qu'intervienne la personne. Certaines conditions sont requises pour qu'un environnement favorable puisse effectivement se traduire par le développement de l'estime de soi positive. Une personne âgée qui a développé une structure de personnalité qui démontre des caractéristiques dynamiques d'organisation de soi, de reproduction de soi et de stabilité de soi peut, par ce dynamisme, être fonctionnelle et maintenir ou stimuler son estime de soi et son sens de contrôle personnel (Brandtstädter & Greve, 1994). Leclerc et al. (1992) abondent dans le même sens en soulignant que le passé conditionne en bonne partie le dynamisme actuel de l'affirmation d'une forte ou faible estime de soi. Et Laforest (1997) poursuit en écrivant :

Il est généralement admis – et l'expérience quotidienne le montre bien – que l'estime de soi est le facteur qui a sur le fonctionnement de la personnalité la plus grande influence sur les comportements mais aussi sur les attitudes et sur les états d'âme. (p. 280).

La façon dont une personne développe son estime de soi s'observe par ses comportements. La section suivante vise à présenter le portrait des gens ayant une faible ou forte estime d'eux-mêmes.



### 1.2.3 Le portrait d'une personne selon l'estime de soi

L'évaluation globale de l'estime de soi mesure la perception qu'une personne porte généralement en regard de sa valeur (Rosenberg, 1986 ; Breyspraak & George 1982) ; elle se situe sur un continuum allant d'une forte estime de soi à une faible estime de soi. Battle (1993), Branden (1969), Coopersmith (1967) et Rosenberg (1979) synthétisent les résultats des études sur les caractéristiques des individus ayant une forte ou une faible estime de soi. L'ensemble de ces caractéristiques permet d'établir le portrait d'une personne selon l'estime qu'elle se porte.

Ces gens, qui s'estiment fortement, sont plus efficaces et actifs dans leurs réponses aux demandes de l'environnement; ce sont des gens qui se respectent et s'acceptent, ils sont fiers d'eux et ont de l'affection pour eux-mêmes et ils savent en donner et en recevoir. Ce sont des personnes spontanées et à l'aise, elles reflètent l'harmonie entre le dire et le faire ; elles ont le sens de l'humour parfois même jusqu'à l'espièglerie. Ces gens sont plus autonomes et indépendants et manifestent une plus grande confiance dans leur réussite. Ils ont confiance en leurs capacités pour gérer les événements, l'anxiété augmente moins chez eux, car ils conservent leur harmonie et de la dignité dans des conditions de stress. Ce sont des gens engagés qui explorent différentes avenues, ils démontrent une attitude d'ouverture et de curiosité ; ils sont flexibles et s'adaptent aux changements tout en étant affirmatifs. Ils sont populaires auprès de leurs pairs, ils respectent les autres. Ils savent se défendre face à l'adversité et résistent davantage à l'implication négative d'un

jugement social. Ils dégagent la joie de vivre; ils sont honnêtes ; ils reçoivent bien la critique.

Les individus avec une faible estime de soi tendent à se retirer des autres et expérimentent un sentiment de malaise. Ils ont tendance à se dévaloriser, à se sentir inférieurs et à être timides. Ils ne s'aiment pas et sont davantage passifs et soumis dans leur adaptation aux demandes et aux pressions de l'environnement; ils développent un mode de comportement autopunitif. Les personnes avec une faible estime de soi démontrent un plus haut degré d'anxiété et ont tendance à avoir plus de symptômes psychosomatiques et des sentiments de dépression que les individus avec une haute estime de soi. Ce sont des gens seuls, isolés, mal à l'aise avec leurs pairs. Ils reçoivent difficilement des compliments et demeurent frustrés et soumis à leurs faiblesses réelles ou imaginaires ; ils sont inquiets et pessimistes dans leur perception du futur. Ils utilisent davantage les mécanismes de défenses de projection et de refoulement. Les personnes avec une faible estime de soi tendent à être indécises et habituellement hésitent lorsqu'elles sont confrontées à des obstacles. Les personnes avec une faible estime de soi cherchent à se conformer rapidement aux pressions sociales et démontrent une plus grande dépendance et moins d'autonomie.

Il semble raisonnable de dire que les personnes ayant une faible estime de soi possèdent un concept de soi incertain, elles sont moins autonomes et plus sensibles aux stimuli extérieurs en regard d'elles-mêmes. De plus, les personnes ayant un concept de soi mal défini sont plus vulnérables aux

détériorations induites par le stress sur leur santé que celles ayant une identité forte.

#### 1.2.4 Les variables en relation avec l'estime de soi chez les personnes âgées

Différents déterminants de l'estime de soi viennent d'être présentés, mais il reste beaucoup de questions sans réponse, car l'influence du vieillissement sur l'estime de soi n'est pas clairement comprise. Des variables comme le sexe, l'âge, la notion de contrôle et la santé semblent jouer un rôle significatif en regard du développement et du maintien de l'estime de soi.

##### 1.2.4.1 L'âge

Bourbeau (1993), suite à une synthèse de la documentation, rapporte que Hunter, Linne et Harris (1981), ainsi que certains autres auteurs, affirment que l'âge n'est pas relié à l'estime de soi, qu'il n'y a pas de raisons significatives pour affirmer qu'il y ait un changement de l'estime de soi selon les différences d'âge ou le vieillissement, si plusieurs variables sont contrôlées; cependant, pour Daniewicz et al. (1991), il existe une relation négative entre l'âge et l'estime de soi chez les personnes âgées.

Or, L'Écuyer (1994) remarque des fluctuations dans l'estime de soi selon les époques de vieillissement et non une courbe rectiligne. De plus,

certain déterminants de l'estime de soi peuvent changer avec l'avance en âge, mais il ne semble pas que ce soit l'âge comme tel qui en soit la cause. Les résultats des études empiriques sont ambigus. Selon Breyspraak et George (1984), plusieurs recherches faites auprès de personnes de 65 ans et plus portent sur l'âge chronologique et le concept de soi ou d'estime de soi mais les conclusions diffèrent sensiblement. Ils rapportent que pour certains auteurs, l'estime de soi devient plus positif avec l'avancement en âge tandis que pour d'autres, elle diminue avec l'âge; pour certains autres encore, elle n'est pas reliée à l'âge. Enfin, pour McCrae (1987), l'estime de soi globale ne décroît pas avec l'âge.

#### 1.2.4.2 L'interaction âge et sexe

Des recherches plus récentes rapportent une fluctuation de l'estime de soi selon l'âge et le sexe des personnes (L'Écuyer, 1994). Les personnes relativement jeunes, âgées ou très âgées ne réagissent pas de la même façon. Selon L'Écuyer (1988), il y a trois phases de développement de l'estime de soi selon l'âge mais elles diffèrent selon le sexe. L'homme passe par une limitation de l'estime de soi entre 60-70 ans, puis il y a une phase de reprise de l'estime de soi entre 75 et 80 ans ; enfin, il y a une dernière phase positive et de retour sur sa personne à 85 ans et plus, qui représente une phase de stabilisation de l'estime de soi. Les femmes semblent vivre aussi trois phases de développement de l'estime de soi mais de façon différente. Une phase positive à 60 ans est suivie d'une phase négative, de doute à 70 ans. Puis, le

cycle recommence à 75 ans suivi d'une période de remise en question à 80-85 ans ; enfin vers 90, 95-100 ans, la valorisation de soi s'accroît jusqu'à la fin de la vie (L'Écuyer, 1988). Cette variation de l'estime de soi, qui semble augmenter avec l'âge, est supportée par d'autres recherches (Atchley, 1989 ; Frey, Kelbley, Durham & James, 1992). Atchley (1989) conclut que la différence selon le sexe est statistiquement significative et que les hommes âgés démontraient une plus forte estime de soi que les femmes.

Les thèmes qui servent d'estime de soi varient selon le sexe ; les résultats des recherches de Bouffard et Bastien (1994) soulignent que les hommes se réfèrent davantage au passé pour parler de leur compétence grâce à leur travail et leurs réalisations et les femmes se préoccupent plus de compétences factuelles ; cependant, la valeur personnelle représente une variable où les hommes et les femmes se rejoignent le plus. Enfin, le travail de L'Écuyer (1988, 1994) fait ressortir qu'en vieillissant les femmes et les hommes accordent plus d'importance à leurs valeurs intrinsèques qu'à leurs compétences.

#### 1.2.4.3 Le contrôle

Les personnes âgées qui sentent un contrôle sur leur vie ont une estime de soi plus forte que les autres (Bourbeau, 1993 ; Dubé et al., 1991). Donc, les personnes qui perdent le sens de contrôle sur leur vie auraient une estime de soi plus faible. Ce n'est pas l'avance en âge qui affecte autant l'estime de soi

que la perte de contrôle sur sa vie qui conduit à une faible estime de soi (Bourbeau, 1993).

#### 1.2.4.4 La santé perçue

Une autre variable influence l'estime de soi des personnes âgées, il s'agit de la santé perçue (Ward, Ramsdell, Jackson, Renvall, Swart & Rockwell, 1990). Selon les recherches de Bourbeau (1993), les femmes ayant une faible estime d'elles-mêmes se perçoivent en moins bonne santé que les autres ; elles ont plus de douleurs et de plus grandes incapacités. Dubé et al. (1992) soulignent que l'estime de soi est une variable déterminante dans la capacité de prendre soin de soi.

En résumé, le développement de l'estime de soi se construit à partir du bagage génétique de chaque personne et de ses expériences individuelles. L'un des premiers déterminants demeure incontestablement la famille, suivi du réseau social. De plus, les différentes expériences vécues infirment ou renforcent l'estime de soi. Cette dernière semble fluctuer différemment selon l'âge et le sexe et serait influencée par le contrôle et la santé que chacun perçoit dans sa vie.

Enfin, plusieurs recherches portant sur la relation entre l'estime de soi et les variables psychologiques faites auprès des personnes âgées soulignent

une amélioration possible de l'estime de soi chez ces personnes (Bouffard et al., 1996 ; Bourbeau, 1993 ; Chowdhary, 1991 ; Dubé et al., 1991, 1992, 1993 ; Holahan, 1987) ; Krause et Alexander, 1990 ; Leclerc, 1987 ; Leclerc et al., 1992 ; L'Écuyer, 1994 ; Lee et Shenan, 1989 ; Murrell, Meeks & Walker, 1991 ; Stevens-Ratchfort, 1993 ; et Monbourquette, Ladouceur et Desjardins-Proulx (1998) vont dans le même sens en publiant un guide pour aider les gens à maintenir et à développer leur estime de soi.

Mais, l'état actuel des recherches ne permet pas de savoir avec certitude si cette variable est effectivement en relation importante avec l'autonomie psychologique des personnes âgées. La prochaine section vise donc à expliquer les liens entre ces variables.

### 1.3 L'autonomie psychologique et l'estime de soi chez les personnes âgées

La recension des écrits a permis de définir et d'articuler une meilleure compréhension des composantes de l'autonomie psychologique et de l'estime de soi des personnes âgées et très âgées. La suite de cette étude permet de faire ressortir les points saillants de la convergence entre ces deux variables selon différentes études.

L'estime de soi est un prédicteur des deux formes d'autonomie, psychologique et fonctionnelle, chez les personnes âgées vivant en institution,

mais seulement de l'autonomie fonctionnelle chez celles demeurant à domicile (Dubé et al., 1992).

Les recherches de Bourbeau (1993) démontrent que, chez les femmes âgées fréquentant un hôpital de jour, les ressources psychosociales (niveau d'estime de soi, la motivation à améliorer leur santé et de bons contacts sociaux) ont une influence sur leur autonomie psychologique et, plus particulièrement :

Les trois autres facteurs de l'autonomie psychologique, soit la dynamique, les capacités et la responsabilité, sont reliés de façon significative aux ressources psychosociales (niveau d'estime de soi, la motivation à améliorer leur santé et de bons contacts sociaux) pour les femmes âgées. (p. 82-83).

Leclerc et al. (1992) identifient l'estime de soi comme la variable la plus significative en relation avec l'autonomie psychologique. De plus, leurs résultats soulignent une baisse de l'estime de soi et de l'autonomie psychologique avec l'avancement en âge. Dubé et al. (1991, 1992) et Bourbeau (1993) nuancent cette affirmation en démontrant que la relation entre l'estime de soi et l'autonomie psychologique varie selon le sexe et le lieu de résidence des personnes âgées. Pour ces chercheurs, l'âge n'affecte pas la relation entre ces variables.

D'autres aspects doivent être pris en considération en regard de l'autonomie psychologique et du sexe. En effet, l'estime de soi influence davantage l'autonomie psychologique de la femme que celle de l'homme ; l'homme accorde plus d'importance aux valeurs actualisantes comprenant la



vision positive de l'humain et l'absence de sentiment de solitude (Dubé et al., 1991).

De plus, la notion de contrôle peut avoir un impact direct sur l'estime de soi, la satisfaction de vie et même la santé physique de la personne (Bourbeau, 1993 ; Dubé et al., 1991, 1992 ; Rodin et Langer, 1980). En effet, selon Dubé et al. (1991), « la perception de perte, de manque de contrôle affecte négativement la personne. » (p. 10).

Une revue des recherches démontre que l'autonomie psychologique est généralement associée à l'estime de soi (Dubé et al., 1991). De plus, très souvent dans la documentation, l'estime de soi et l'autonomie sont associées au plan théorique (Coleman, 1992 ; Dubé et al., 1991, 1992 ; Dubé, 1995 ; Gareau, 1978 ; Deci et Ryan, 1987 ; Kivelä, 1994 ; McCrae, 1987), mais la preuve scientifique de cette prédiction revient à Dubé et al. (1991, 1992). Cependant, c'est en utilisant un questionnaire d'actualisation de soi pour mesurer l'estime de soi qu'ils identifièrent le lien entre ces deux variables. Des données sur l'actualisation de soi en relation avec l'autonomie psychologique chez les personnes âgées, il ressort que l'estime de soi en est l'aspect le plus important (Lalande et Dubé, 1989) et serait en relation avec l'autonomie des personnes âgées (Michaud, Leblanc & Dubé, 1992).

Les différences entre les résultats obtenus par Leclerc et al. (1992), d'une part, et Lalande et Dubé (1989) et Michaud et al. (1992), d'autre part,

particulièrement en regard de l'influence du sexe, de l'âge, et du lieu de résidence sur l'autonomie psychologique des personnes âgées suscitent une interrogation. Il convient donc d'analyser de façon critique les moyens utilisés par les différents chercheurs.

#### 1.4 Analyse critique des études empiriques

Dans les études mentionnées ci-dessus, les chercheurs ont eu recours à différents questionnaires pour mesurer l'autonomie. Il convient maintenant de faire une analyse critique de la pertinence de ces instruments ; ceux-ci diffèrent dans la mesure où les chercheurs et les cliniciens tiennent compte des différents types d'autonomie. Le SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées, Hébert et al. 1984) et le CTMSP (Classification par types en milieu de soins et services prolongés) évaluent la dimension fonctionnelle d'une personne, sa capacité de vivre sans aide, donc son comportement dans sa vie quotidienne. Le QAP (Questionnaire d'autonomie psychologique) et l'échelle de référence à soi du POI (Personal Orientation Inventory) (Shostrom, 1964) mesurent l'aspect psychologique de l'autonomie.

Les critiques tendent à remettre en question l'utilisation du POI auprès des personnes âgées. En fait, les données recueillies à l'aide de celui-ci permettent d'établir le profil global d'actualisation des sujets; il est constitué de deux échelles globales et de dix échelles particulières représentant les douze

dimensions essentielles de l'actualisation de soi tel qu'il a été opérationnalisé par Shostrom (1964). Ce questionnaire n'a pas été validé pour des personnes âgées francophones (Dubé et al., 1991), ce qui porte à la critique au point que Lavallée et Denis (1986) remettent en question l'utilisation de cet instrument auprès des personnes âgées. Il en est ainsi pour Dubé et al. (1992). En effet, les résultats obtenus dans leur recherche démontrent l'absence de lien entre l'autonomie mesurée par le QAP et l'échelle de référence à soi du POI. Ces chercheurs sont venus à la conclusion que « la référence à soi telle que conçue dans le POI n'est donc pas une mesure de l'autonomie psychologique ou fonctionnelle telle que considérée par le QAP ou le CTMSP. » (p. 60). Or, Leclerc et al. (1992) ont utilisé l'échelle de référence à soi du POI pour mesurer l'autonomie psychologique.

La même interrogation peut se poser en regard du questionnaire utilisé pour évaluer l'estime de soi. Dubé et al. (1991, 1992) ainsi que Leclerc et al. (1992) utilisent l'échelle de perception de soi du POI, pour évaluer l'estime de soi. Quant à Bourbeau (1993), elle se sert du questionnaire du plan d'intervention interdisciplinaire des hôpitaux de jour de Pelletier (1988) (voir Bourbeau, 1993) pour évaluer l'estime de soi; cet instrument n'a pas subi les tests psychométriques; comme le souligne ce chercheur, « cet instrument est un instrument clinique qui n'a pas fait jusqu'à maintenant l'objet d'étude de validité et de fidélité. » (p. 67).

Il semble pertinent de rappeler ce que la critique soulève lors du choix d'un instrument de mesure de l'estime de soi. Demo (1985) souligne qu'il

existe une grande variété de questionnaires pour mesurer l'estime de soi et que, dans bien des cas, les corrélations entre les différents items des questionnaires sont faibles ou n'existent pas; cette critique est supportée par d'autres auteurs (Roy et al., 1995 ; Battle, 1991). En conséquence, les différents résultats d'études concernant l'estime de soi ne sont pas comparables puisque les questionnaires ne mesurent pas les mêmes construits. Il apparaît donc pertinent, suite à ces critiques, d'utiliser plusieurs mesures d'estime de soi dans une même recherche (Demo, 1985; Gareau, 1978). Coopersmith (1984a) suggère aussi d'utiliser plusieurs approches pour mieux cerner l'estime de soi d'une personne.

Face à ces critiques, certaines remises en question des recherches faites sur l'estime de soi des personnes âgées peuvent être formulées car ces recherches abondent (Adelmann, 1993 ; Bourbeau, 1993 ; Chowdhary, 1991 ; Coleman et al., 1993 ; Dubé et al., 1991, 1992 ; Duffy et MacDonald, 1990 ; Guay, Vallerand, Robert & Losier, 1995 ; Haight et Dias, 1992 ; Krause, 1987 ; Krause et Alexander, 1990 ; Krause et Borawski-Clark, 1994 ; Leclerc et al., 1992 ; Lee et Shehan, 1989 ; Murrell et al., 1991 ; Stevens-Ratchfort, 1993). Ces recherches utilisent toutes un seul questionnaire pour faire l'analyse de l'estime de soi. Les questions suivantes se posent : est-ce que l'utilisation d'un seul questionnaire de l'estime de soi peut biaiser les résultats de ces recherches en se limitant à un seul aspect des dimensions de l'estime de soi? ou est-ce que la relation entre l'estime de soi et l'autonomie psychologique varie selon le questionnaire utilisé, même si lesdits questionnaires sont dûment reconnus comme fidèles et valides pour vérifier le concept d'estime de

soi auprès d'une population de personnes âgées? L'originalité de cette recherche consiste donc à utiliser deux questionnaires de l'estime de soi qui analysent le même concept mais sous des angles différents. Cette approche permet de répondre à la critique en ce sens présentée antérieurement. C'est pourquoi l'hypothèse suivante est retenue.

### 1.5 L'hypothèse

Une meilleure compréhension des concepts de l'autonomie psychologique et de l'estime de soi a permis de mettre en lumière leurs différentes dimensions et les aspects de leur développement et de leur maintien. Il appert que l'autonomie psychologique pourrait être prédite, entre autres, par les variables estime de soi, sexe, âge, santé perçue, scolarité, revenu brut, revenu antérieur, présence d'un confident, réseau social, niveau d'espoir, valeurs actualisantes et que l'estime de soi subit l'effet des variables suivantes: sexe, âge, notion de contrôle, santé.

Cependant l'état actuel des connaissances ne permet pas de connaître de façon nuancée ces impacts. Il semble donc pertinent de poursuivre la recherche sur la relation entre l'estime de soi et l'autonomie psychologique tout en tenant compte des variables sexe, âge, santé perçue, scolarité, revenu brut, revenu antérieur, présence d'un confident, réseau social, niveau d'espoir, valeurs actualisantes qui ont une influence sur ces deux variables principales.

Cependant, malgré des relations significatives entre les variables à l'étude et le réseau social, le niveau d'espoir et les valeurs actualisantes, la notion de contrôle, cette recherche n'utilisera pas ces variables, car elles exigent un travail qui dépasse le cadre de cette recherche. En effet, les questionnaires mesurant ces variables n'ont pas été validés ce qui nécessiterait un travail qui peut être l'objet d'une recherche en soi. Enfin, ces données permettent d'énoncer l'hypothèse de recherche suivante:

H: L'estime de soi serait un bon prédicteur de l'autonomie psychologique tout en tenant compte du sexe, âge, santé perçue, scolarité, revenu brut actuel, revenu antérieur et la présence d'un confident chez les personnes âgées demeurant à domicile.

La synthèse de la documentation laisse présager qu'il existe un lien significatif entre ces variables. Suite aux résultats controversés entre les études sur la relation entre les variables sociodémographiques et l'autonomie psychologique ainsi que l'estime de soi, des analyses complémentaires viendront documenter cet aspect à partir des données de la présente étude. Le prochain chapitre présente les critères de sélection des instruments de mesure, la méthodologie d'analyse et le choix des sujets participant à la recherche afin de mettre à l'épreuve l'hypothèse.

## La méthodologie

Cette recherche a pour but de vérifier si l'estime de soi est une variable prédictrice de l'autonomie psychologique des personnes âgées vivant à domicile. Ainsi, pour répondre à cet objectif, une approche de type corrélationnelle sera utilisée. Les variables retenues pour vérifier l'hypothèse de recherche sont l'autonomie psychologique (variable dépendante), les variables prédictrices de l'autonomie : l'estime de soi, le sexe, l'âge, la santé perçue, la scolarité, le revenu brut actuel, le revenu antérieur, la présence d'un confident (variables indépendantes) et la résidence (variable contrôlée). La résidence est une variable contrôlée, afin de répondre aux objectifs de la recherche qui vise à identifier les variables prédictrices de l'autonomie psychologique chez les personnes âgées autonomes demeurant à domicile, car « l'estime de soi des personnes âgées en institution est plus faible que celle des personnes âgées à domicile ainsi que leur autonomie psychologique. » (Dubé et al., 1991, p. 61).



## 2.1 Les sujets

Les sujets sont 177 personnes : 117 femmes (66,1 %) et 60 hommes (33,9 %), toutes et tous ayant entre 65 et 88 ans, demeurant à domicile, sans problèmes cognitifs et participant de façon volontaire. La moyenne d'âge des sujets est de 72 ans. Ces personnes habitent à domicile (maison privée, appartement ou HLM), elles sont de citoyenneté québécoise et francophones, elles vivent en milieu urbain et rural.

## 2.2 Les instruments de mesure

Pour vérifier l'hypothèse, quatre questionnaires sont utilisés. Un questionnaire d'informations générales permettra de recueillir les informations sur les variables suivantes : le sexe, l'âge, la santé perçue, la scolarité, le revenu brut actuel, le revenu antérieur, la présence d'un confident. Le Questionnaire d'autonomie psychologique (QAP) (Dubé et Lamy, 1990) mesure l'autonomie psychologique ; le *Self-Esteem Inventory* (SEI) (Coopersmith, 1984b) et le *Rosenberg Self-Esteem* (RSE) (Rosenberg, 1965) serviront, tous deux, à mesurer l'estime de soi.

### 2.2.1 Le questionnaire d'informations générales

Un questionnaire d'informations générales a été construit dans le but de recueillir des renseignements tels l'âge, le sexe, la scolarité, le revenu avant la retraite, le revenu brut actuel, la santé perçue et la présence d'un confident (Appendice A).

### 2.2.2 Le questionnaire d'autonomie psychologique

Un deuxième instrument, le Questionnaire d'autonomie psychologique (QAP) de Dubé et Lamy (1990), a été développé pour des sujets âgés. Il a été validé auprès des personnes âgées québécoises francophones (Dubé et Lamy, 1990). Ce questionnaire comprend 28 items répartis en deux grandes dimensions : le contrôle décisionnel et le contrôle comportemental. Chacune de ces dimensions comprend 14 items répartis selon trois facteurs : la dynamique de l'individu, ses capacités et son intégration sociale (Appendice A).

Pour mesurer l'autonomie psychologique à l'aide du QAP, le sujet doit indiquer à quelle fréquence il réagit comme ce qui est écrit, à l'aide d'une échelle en cinq points allant de 1 à 5 (1 = jamais, 5 = toujours). La compilation des résultats se fait en additionnant les cotes aux items correspondant à chacune des échelles. Le grand total d'autonomie psychologique s'obtient soit en additionnant les résultats aux deux dimensions

ou aux trois facteurs, soit en compilant tous les items (voir Appendice B). Les indications du niveau d'autonomie psychologique pour une clientèle âgée à domicile sont : faible = 85 à 105, moyenne = 106 à 126, forte = 128 à 140 (Dubé et al., 1992).

Les tests de fidélité effectués sur les items du QAP montrent une excellence consistance interne. L'échelle d'autonomie totale obtient un coefficient Alpha de Cronbach de 0,89 et les différentes sous-échelles obtiennent des coefficients variant de 0,61 à 0,85. De plus, une analyse factorielle révèle que tous les items concourent bien à mesurer l'autonomie psychologique, tous les items obtenant une corrélation entre 0,62 et 0,45 avec un premier facteur, expliquant 27 % de la variance (Dubé et al., 1992).

### 2.2.3 Les questionnaires d'estime de soi

Comme mentionné auparavant, deux questionnaires permettent de bien cerner les différentes dimensions de l'estime de soi : le SEI de Coopersmith (1984b) et le RSE de Rosenberg (1965) (Appendice A). Le choix de ces questionnaires se justifie par l'analyse critique réalisée par Demo (1985) portant sur différents questionnaires d'estime de soi; ces deux questionnaires sont reconnus comme valides et fidèles en ce qui concerne la mesure de l'estime de soi (Demo, 1985 ; Francis & Wilcox, 1995). Battle (1991) arrive à la même conclusion et Breyspraak et George (1982) soulignent leur pertinence auprès des personnes âgées ; ce choix de deux questionnaires permet de

mesurer adéquatement l'estime de soi des personnes âgées grâce à la complémentarité des deux questionnaires.

Le RSE est une échelle unidimensionnelle (Fleming et Courtney, 1984 ; Rosenberg, 1986) qui évalue l'estime de soi globale d'une personne, tandis que le SEI est une échelle multidimensionnelle qui évalue les déterminants de l'estime de soi tel le travail, la famille, les camarades et les rapports sociaux et la personne elle-même (Coopersmith, 1984b). L'utilisation de ces deux questionnaires se veut complémentaire l'un par rapport à l'autre dans la mesure où ils évaluent le même concept mais sous des déterminants différents. De plus, comme souligné antérieurement, l'utilisation de plus d'un questionnaire est recommandé par la critique particulièrement lorsque les recherches portent sur l'estime de soi.

#### 2.2.3.1 Le Rosenberg Self-Esteem (RSE)

Le RSE de Rosenberg (1965) permet une analyse de l'estime de soi globale (Appendice A). La traduction et la validation canadienne française de cette échelle ont été réalisées par Vallières et Vallerand (1990). Les auteurs soulignent que le RSE est un instrument unidimensionnel qui permet de capter la perception globale des sujets quant à leur propre valeur. Cet instrument de 10 items permet d'évaluer à quel point l'individu « je » se considère généralement comme une personne de valeur, comme possédant un certain nombre de belles qualités, comme ayant une attitude positive à l'égard de

lui-même, comme ne se considérant pas comme un échec, un inutile, ou un bon à rien. Pour chacune des questions posées, le sujet donne son appréciation sur une échelle de type Lickert en quatre points allant de « entièrement d'accord » (1) à « pas du tout d'accord » (4).

Les qualités psychométriques de cette échelle sont acceptables et se comparent favorablement à la version anglaise. L'indice de cohérence interne atteint un niveau satisfaisant ( $\alpha = 0,89$ ). De plus, la corrélation pour le test-retest ( $r = 0,84$ ) apparaît très adéquate tout en étant équivalente à celle de la version anglaise (Vallières et Vallerand, 1990).

Au niveau de la validité du RSE, les résultats de l'analyse factorielle indiquent et supportent la structure unidimensionnelle de l'instrument d'une part et, d'autre part, les corrélations entre le RSE et la dépression et la satisfaction de vie vont dans le sens prédit conceptuellement (Vallières et Vallerand, 1990). Donc, le RSE comporte une seule variable, il contient des items homogènes et peu nombreux, et il a été bâti selon le modèle de Guttman qui permet de répartir les items sur un continuum unidimensionnel (Gagnon, 1994).

Le score global du niveau d'estime de soi est obtenu en additionnant le score à chacun des items. Les scores correspondent à la réponse du sujet pour les items 3, 5, 8, 9 et 10, alors que le score de chacun des autres items (1, 2, 4, 6, 7) est l'inverse de la réponse du sujet ; par exemple, si le sujet a répondu 1 (tout à fait d'accord), le score 4 (pas du tout d'accord) lui est

attribué. Plus le score total est élevé, plus l'estime de soi est forte (Gagnon, 1994). En plus de ses qualités psychométriques, le choix de cet instrument se justifie par sa brièveté de passation et sa facilité d'administration.

#### 2.2.3.2 L'inventaire de l'estime de soi (IES)

Le IES a été traduit par les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée de Paris en 1984. Il permet d'évaluer l'estime de soi à partir de quatre déterminants de l'estime de soi tels que décrits antérieurement. Le IES mesure donc les attitudes d'appréciation envers le soi dans un contexte: 1) social, 2) familial, 3) professionnel (travail) et 4) général. Le IES est un instrument d'investigation à usage collectif ou individuel. Dans ses applications collectives, il est utile dans les recherches sur la structure et le développement de la personnalité, la créativité, le fonctionnement cognitif et les comparaisons entre les groupes sociaux ou spécifiques (Coopersmith, 1984b). Il est reconnu comme pertinent auprès des personnes âgées.

Le IES comporte 58 items décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel, auxquels le sujet doit répondre en cochant une case : « me ressemble » ou « ne me ressemble pas » (Appendice A).

Les scores des différentes sous-échelles, ainsi que la note totale, permettent d'apprécier dans quel domaine et dans quelle mesure les sujets ont une image positive d'eux-mêmes à la fois dans leur perception interne et

externe. Une échelle de mensonge a été créée. Elle comporte 8 items dont les contenus sont si clairement négatifs ou positifs (c'est-à-dire peu flatteurs ou avantageux) que l'honnêteté des réponses ne peut laisser de doute. L'administration du IES peut être individuelle ou collective. La passation dure 20 minutes.

Le score maximum est de 26 pour l'échelle générale, de 8 pour les trois échelles ce qui donne un maximum de 50 pour la note totale de l'estime de soi; l'échelle de mensonge compte 8 items mais n'entre pas dans l'analyse de l'estime de soi. Lors de l'analyse, une note de 33 ou moins peut être considérée comme une estime de soi très basse et donc révélatrice de problèmes. L'analyse des résultats doit se faire par comparaison intra-individuelle, en repérant les domaines où l'estime de soi est la plus basse (ou la plus élevée). Une note élevée à l'échelle de mensonge peut indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test ou un désir manifeste de donner une bonne image de soi. L'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon le résultat à l'échelle de mensonge.

Le IES possède les valeurs psychométriques suivantes: les corrélations entre les échelles varient de 0,23 à 0,66, les corrélations les plus élevées sont, d'une part, de 0,66 entre les échelles générales et professionnelles et, d'autre part, de 0,55 entre les échelles général et social. Il faut remarquer que, pour les adultes, la corrélation positive des quatre échelles avec l'échelle de mensonge sont toutes plus élevées ; la note à cette échelle doit être

considérée comme l'indice d'attitudes de réponses défensives à l'égard du test, plutôt que comme un indice de mensonge.

La consistance interne a été étudiée par la méthode pair-impair. Le coefficient de corrélation de Bravais-Pearson, corrigé par la formule Spearman-Brown a été utilisé. Il est à noter que la consistance interne totale est bonne (0,90) pour la forme adulte. La consistance interne des autres échelles est moins bonne, en partie en raison du nombre limité d'items (8) qu'elles comportent. L'échelle générale (0,80) et l'échelle familiale (0,87) obtiennent un bon coefficient. L'échelle professionnelle a un coefficient acceptable de 0,71 tandis que les échelles sociale (0,59) et de mensonge (0,52) sont plus faibles. En ce qui concerne la corrélation item-test, après analyse, il ressort que, dans l'ensemble, les items de l'inventaire mesurent bien l'estime de soi globale (Coopersmith, 1984b).

Le choix de ces instruments se justifie par leur facilité d'administration et par leur temps de passation. En effet, ces dernières caractéristiques sont très importantes puisque nos sujets sont âgés et qu'ils doivent répondre à plusieurs questionnaires de fait, un texte court permet d'alléger la tâche des sujets.



### 2.3 Le déroulement de l'expérience

Les sujets potentiels sont identifiés à partir de contacts avec différentes associations : les Clubs de l'âge d'Or de l'Est du Québec, l'Association des bénévoles du centre hospitalier régional de Rimouski, l'Association des retraités de la fonction publique de Rimouski, l'Association des retraités du Cégep de Rimouski ainsi que par des contacts personnels. Dans un premier temps, la chercheuse demande aux responsables d'organismes ou à des connaissances personnelles d'identifier des personnes de 65 ans et plus, demeurant à domicile, autonomes et ne souffrant pas de problèmes cognitifs. Une fois les sujets identifiés, les responsables ou les personnes-contacts demandent aux sujets s'ils acceptent de participer à une recherche en psychologie et, dans l'affirmative, la chercheuse communique avec eux par téléphone.

Un premier échange téléphonique permet à la chercheuse de se présenter, d'expliquer l'objet de la recherche et de fixer un rendez-vous à la résidence des sujets. Cette rencontre initiale consiste à échanger avec la personne afin de créer un climat de confiance puis à présenter les questionnaires, la façon de répondre aux questions. Pour satisfaire les personnes âgées préférant répondre seules au questionnaire ou prendre un peu plus de temps pour y répondre, la chercheuse remettait à chaque participante et participant une enveloppe pré-affranchie et pré-adressée, sans adresse de retour pour préserver la confidentialité. Une fois le questionnaire

complété, le sujet n'a qu'à le déposer dans une boîte aux lettres pour qu'il revienne à la chercheuse.

Cette façon de travailler exigeant beaucoup de temps, la chercheuse a sollicité l'aide de personnes compétentes en psychologie et une fois les explications pertinentes fournies, ces personnes ont procédé de la même façon que la chercheuse.

## Résultats

Ce troisième chapitre présente les résultats des différents traitements statistiques effectués pour décrire les sujets et vérifier l'hypothèse.

### 3.1 Les résultats

Dans le but de vérifier l'hypothèse, différents traitements statistiques ont été effectués. Ils visent à identifier les variables prédictrices de l'autonomie psychologique. Tout d'abord, des analyses préliminaires sont réalisées pour décrire les sujets en regard des différentes variables à l'étude. Par la suite, la corrélation entre les deux échelles de l'estime de soi est présentée, suivie des résultats des régressions utilisées pour vérifier l'hypothèse. Des analyses complémentaires documentent la relation entre les variables socio-démographiques et l'autonomie psychologique, d'une part, et l'estime de soi, d'autre part.

#### 3.1.1 Les analyses préliminaires.

Les sujets obtiennent une moyenne de 113.8 (ÉT = 10.86) à l'autonomie psychologique, avec un minimum de 70 et un maximum de 140. Au RSE, les

sujets ont obtenu un score moyen de 33.3 (ÉT = 3.63) , avec un minimum de 23 et un maximum de 40. Au IES à l'échelle totale la moyenne est de 41.66 (ÉT = 5.64) sur 50, tandis qu'aux sous-échelles les résultats sont les suivants : 20.9 (ÉT = 3.59) sur 26 pour l'échelle générale, 7.4 (ÉT = 1.12) sur 8 pour l'échelle familiale, 6.71 (ÉT = 1.08) sur 8 pour l'échelle sociale, 6.61 (ÉT = 1.12) sur 8 pour l'échelle professionnelle, 4.54 (ÉT = 1.54) sur 8 pour l'échelle de mensonge.

Les résultats au questionnaire sociodémographique montrent que le niveau de scolarité s'établit comme suit : 0,6 % des sujets n'ont aucune scolarité ; 45.7 % des sujets sont de niveau primaire ; 36.1 % des sujets de niveau secondaire et 17.5 % des sujets ont une scolarité supérieure. Concernant le revenu perçu avant la retraite, lorsque les sujets se comparent à d'autres personnes de leur âge, 10.7 % pensent avoir des revenus supérieurs, 62.7 % des revenus moyens et 24.9 % pensent avoir des revenus inférieurs, 1.7 % des réponses sont manquantes. En regard de la perception du revenu brut actuel, 6.8 % pensent se situer au-dessus de la moyenne, 58,8 % se perçoivent dans la moyenne et 33.9 % considèrent être en dessous de la moyenne, 0.6 % des réponses sont manquantes. Lorsqu'ils comparent leur santé à celle de personnes de leur âge, 26 % des sujets ont une santé supérieure, 61 % se trouvent dans la moyenne et 13 % pensent avoir une santé inférieure à la moyenne. Les personnes de cet échantillon rapportent à 80,8 % avoir au moins un confident.

### 3.1.2 La relation entre les questionnaires d'estime de soi.

Une matrice de corrélation de Pearson est utilisée afin de vérifier la relation entre les deux questionnaires de l'estime de soi. Les résultats montrent un lien significatif ( $r = 0.56$ ,  $p < .001$ ) entre le score total des deux instruments.

### 3.1.3 La vérification de l'hypothèse

Des analyses de régressions hiérarchiques servent à vérifier l'influence relative des diverses mesures de l'estime de soi sur l'autonomie psychologique. Dans les régressions, les variables sociodémographiques (l'âge, le sexe, la scolarité, le revenu antérieur, le revenu actuel, la santé) sont entrées dans un premier bloc pour estimer l'effet prédictif de ces variables sur l'autonomie psychologique. La présence d'un confident constitue un deuxième bloc. Il s'agit de vérifier l'importance de cette variable en regard de l'autonomie psychologique, et ce, une fois que les variables sociodémographiques ont été considérées. Le contenu du troisième bloc varie selon les analyses. Pour vérifier l'impact relatif des diverses composantes de l'estime de soi, chacune d'elles a fait l'objet d'une analyse différente. Ainsi, dans une première série d'analyses, l'échelle totale du IES est utilisée suivie de la sous-échelle générale, puis de la sous-échelle famille, la sous-échelle

sociale et, enfin, de la sous-échelle professionnelle. Par la suite, une autre régression hiérarchique inclut les données du RSE comme troisième bloc. Une dernière analyse regroupe, dans son troisième bloc, le RSE et le IES (voir Tableau 2).

Tableau 2

Régressions hiérarchiques des variables indépendantes incluant les diverses mesures de l'estime de soi sur l'autonomie psychologique

Modèles hiérarchiques						
Variables	R <sup>2</sup> cum.	F	DI	R <sup>2</sup> augm.	F	dl
IES : Totale						
S-D	,09	2,63*	6,159	,09	2,63*	6,159
S-D, C	,09	2,32*	7,158	,00	0,51	1,158
S-D, C, IES. T	,12	2,72**	8,157	,03	5,12*	1,157
IES : Générale						
S-D	,09	2,51*	6,162	,09	2,51*	6,162
S-D,C	,09	2,20*	7,161	,00	0,39	1,161
S-D,C, IES. G	,10	2,25*	8,160	,01	2,47	1,160
IES : Famille						
S-D	,07	2,04	6,166	,07	2,04	6,166
S-D, C	,07	1,81	7,165	,00	0,44	1,165
S-D, C, IES. F	,09	2,02*	8,164	,02	3.35	1,164

Tableau 2

Régressions hiérarchiques des variables indépendantes incluant les diverses mesures de l'estime de soi sur l'autonomie psychologique (suite)

Modèles hiérarchiques						
Variables	R <sup>2</sup> cum.	F	DI	R <sup>2</sup> augm.	F	dl
IES : Sociale						
S-D	,08	2,31*	6,162	,08	2,31*	6,162
S-D, C	,08	2,02*	7,161	,00	0,31	1,161
S-D, C, SEI. S	,09	2,02*	8,160	,01	1,98	1,160
IES : Professionnelle						
S-D	,08	2,24*	6,165	,08	2,23*	6,165
S-D, C	,08	1,93	7,164	,00	0,22	1,164
S-D, C, IES. P	,13	3,12**	8,163	,06	10,62**	1,163
RSE						
S-D	,07	2,02	6,167	,07	2,02	6,167
S-D, C	,07	1,78	7,166	,00	0,40	1,166
S-D, C, RSE	,13	3,17**	8,165	,06	12,03***	1,165
IES et RSE						
S-D	,09	2,63**	6,159	,09	2,62**	6,159
S-D, C	,09	2,31*	7,158	,00	0,51	1,158
S-D, C, IES. T	,18	3,77***	9,156	,09	8,12***	1,156
RSE						
* p < ,05, ** p < ,01, *** p < ,001						

Note . S-D : socio-démographiques, C : Confident, SEI. T : IES. Totale  
 IES.G : IES Générale, IES. F : IES Famille, IES. S : IES Sociale, IES.P : IES : Professionnelle, RSE



Dans l'ensemble, les variables sociodémographiques (S-D) expliquent, de façon significative, entre 7 % et 9 % de la variance de l'autonomie psychologique ( $R^2$  augm.). La présence d'un confident (C) n'influence pas l'autonomie psychologique ; en effet, cette variable explique moins de 1 % de la variation de l'autonomie psychologique quelle que soit la mesure d'estime de soi considérée.

Quant à l'estime de soi, l'estime de soi totale du IES (IES. T) explique 3 % de la variance ( $R^2$  augm.) ( $p < .05$ ) de l'autonomie psychologique alors que l'ensemble des variables ( $R^2$  augm.) explique 12 % de cette variance ( $p < .01$ ) ; la sous-échelle professionnelle (IES. P) explique 6 % de la variance ( $p < .001$ ) de l'autonomie psychologique alors que l'ensemble des variables explique 13 % de cette variance ( $p < .01$ ) ; les sous-échelles générale (IES. G), famille (IES. F) et sociale (IES. S) n'expliquent pas un pourcentage significatif de la variance. L'estime de soi mesurée par le RSE explique 6 % de la variance ( $p < .001$ ) alors que l'ensemble des variables explique 13 % de cette variance ( $p < .01$ ). Enfin lorsque les deux mesures de l'estime de soi sont regroupées (IES. T, RSE), elles expliquent 9 % de la variance ( $p < .001$ ) de l'autonomie psychologique alors que l'ensemble des variables explique 18 % de cette variance ( $p < .001$ ).

### 3.1.4 L'analyse des variables sociodémographiques

Selon les résultats, l'hypothèse de recherche est maintenue. Chez les personnes âgées vivant à domicile, l'estime de soi est un prédicteur de l'autonomie psychologique lorsque l'effet des variables sociodémographiques

et de la présence d'un confident est contrôlé. Les variables sociodémographiques et l'estime de soi exercent une influence sur l'autonomie psychologique. La présence d'un confident n'a pas ou peu d'effet sur la variation de l'autonomie psychologique. Cependant, seules le RSE et les échelles totale et professionnelle du IES influencent l'autonomie psychologique, les autres sous-échelles n'obtiennent pas de résultats significatifs.

Dans la présente étude, les variables sociodémographiques s'avèrent un prédicteur de l'autonomie psychologique et expliquent une partie appréciable de la variance (7 à 9 %). Or, dans le contexte théorique, les études de Leclerc et al. (1992) et de Dubé et al. (1991, 1992, 1993) ne reconnaissent pas toujours le même type de relation entre ces variables et l'autonomie psychologique. Il en est ainsi de la relation entre les variables sociodémographiques et l'estime de soi, plusieurs recherches se contredisent (Bourbeau, 1993 ; Breyspraak & George, 1984 ; Daniewicz et al., 1991 ; L'Écuyer, 1994 ; McCrae, 1987), c'est pourquoi des analyses complémentaires entre ces variables fournissent de l'information supplémentaire.

Une régression multiple (Stepwise) montre que l'ensemble des variables sociodémographiques expliquent bien 7 % de la variance ( $R^2_{cum.}$ ) de l'autonomie psychologique mais que seul le sexe explique une portion significative de cette variance, soit 3 % ( $R^2_{augm.} = .03$ ,  $F(1,172) = 5.23$ ,  $p < .05$ ) (voir tableau 4, appendice C). Une analyse de variance établit qu'il n'y a pas d'effet d'interaction âge et sexe chez les sujets de la présente étude

( $F(3,169) = .35, p = n.s.$ ), seul le sexe se révélant une variable significative ( $F(1,169) = 4.35, p < .05$ ). Les femmes sont plus autonomes ( $M = 115.10, \acute{E}T = 10.18$ ) que les hommes ( $M = 111.15, \acute{E}T = 11.73$ ).

Une autre régression multiple (Stepwise) montre que l'ensemble des variables sociodémographiques expliquent bien 7 % de la variance ( $R^2_{cum.}$ ) de l'estime de soi de Rosenberg mais seul la scolarité explique une portion significative de cette variance de l'estime de soi, soit 4 % ( $R^2_{augm.} = .04, F(1,164) = 6.41, p < .01$ ) (voir Tableau 5, Appendice C). Une analyse de variance montre qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre âge et sexe chez les sujets à l'étude ( $F(3,161) = .793, p < n.s.$ ) ; pas plus que d'effets principaux pour le sexe ( $F(1,161) = .22, p = n.s.$ ) et l'âge ( $F(3,161) = .39, p = n.s.$ ). La scolarité présente cependant une différence significative ( $F(2,166) = 3.52, p < .05$ ). Pour les fins de cette analyse, les sujets ont été divisés en trois groupes selon leur scolarité. Le premier groupe se compose des sujets ayant une scolarité primaire ; le deuxième de ceux ayant une scolarité secondaire et le troisième, une scolarité supérieure. En comparant les groupes, il ressort que se sont les personnes les plus scolarisées ( $M = 43.93, \acute{E}T = 5.35$ ) qui ont une plus forte estime de soi par rapport au premier groupe ( $M = 40.8, \acute{E}T = 5.14$ ). Cependant, il n'y a pas de différence entre le premier groupe et le deuxième ainsi qu'avec le deuxième groupe et le troisième.

Une dernière régression multiple (Stepwise) montre que l'ensemble des variables sociodémographiques expliquent bien 8 % de la variance ( $R^2_{cum.}$ ) de l'estime de soi de Coopersmith. Une portion significative de cette variance

est expliquée par les variables scolarité, soit 5 %, et santé soit 2 % ( $R^2 \text{ augm.} = .02$ ,  $F(1,171) = 3.84$ ,  $p < .05$ ) (voir Tableau 6, Appendice C). Une analyse de variance montre qu'il n'y a pas d'effet d'interaction entre âge et sexe chez les sujets à l'étude ( $F(3,169) = 1.02$ ,  $p < n.s.$ ) ; le sexe ( $F(1,169) = .28$ ,  $p = n.s.$ ) et l'âge ( $F(3,169) = .10$ ,  $p = n.s.$ ), pris individuellement ne sont pas significatifs. Cependant, la scolarité s'avère une variable significative ( $F(2,174) = 4.20$ ,  $p < .05$ ). En comparant les groupes de sujets, il ressort que ce sont les personnes les plus scolarisées ( $M = 21.87$ ,  $ÉT = 3.48$ ) qui ont une plus forte estime de soi par rapport au groupe le moins scolarisé ( $M = 19.82$ ,  $ÉT = 3.23$ ). Il n'y a pas d'autres différences entre les groupes.

## Discussion

Ce quatrième chapitre présente l'interprétation et la discussion des résultats.

#### 4.1 Discussion

Cette partie tente d'interpréter et de discuter les résultats observés dans la recherche. Dans un premier temps, les résultats des analyses préliminaires sont abordés. Dans un deuxième temps, la comparaison des deux échelles de l'estime de soi est discutée et, enfin, les résultats en regard de l'hypothèse de recherche sont analysés.

##### 4.1.1 Les analyses préliminaires

Les résultats préliminaires, portant sur les variables sociodémographiques, la présence d'un confident, l'estime de soi (variables indépendantes) et sur l'autonomie psychologique (variable dépendante) fournissent des indications concernant la perception que la population étudiée a d'elle-même. Les sujets de cette étude sont comparables à ceux des autres recherches pour ce qui est du pourcentage de femmes (66.1 %) et d'hommes

(33.9 %) (Dubé et al., 1991 ; Leclerc 1992). Les sujets semblent assez autonomes psychologiquement, car leur moyenne ( $M = 113.8$ ;  $ÉT = 10.86$ ) se situe à un niveau moyen selon les indications de Dubé et Lamy (1990) concernant une clientèle âgée à domicile. Le niveau d'estime de soi des personnes est bon car les moyennes se situent au-dessus de la norme qui est de 33 pour le IES ( $M = 41.66$  ;  $ÉT = 5.64$ ) et de 20 pour le RSE ( $M = 33.3$ ;  $ÉT = 3.63$ ). Quant au niveau de scolarité, il est à noter que cet échantillon se compose de personnes âgées plus scolarisées (36.1 % de niveau secondaire et 17.5 % de scolarité supérieure) que dans d'autres études. Ceci peut s'expliquer par le groupe de personnes à qui s'est adressée la chercheuse. Pour le revenu antérieur, près du trois-quarts (73.4 %) des personnes se situent dans la moyenne ou au-dessus de celle-ci; pour le revenu actuel, près du tiers (65.6 %) se considère dans la moyenne ou au-dessus ; ces personnes se perçoivent généralement en meilleur état financier que ceux des autres recherches (Leclerc et al., 1992), ceci pourrait expliquer pourquoi le revenu n'influence pas la relation entre l'autonomie psychologique et l'estime de soi. Pour la santé, plus des trois-quarts des personnes (87 %) se disent dans la moyenne ou au-dessus de celle-ci, ce qui va dans le sens de différentes recherches (Laforest, 1997 ; Hémond, 1999).

#### 4.1.2 Relations entre les questionnaires de l'estime de soi.

Le RSE et le IES présentent une corrélation significative ( $r = 0.56$ ,  $p < 0.001$ ) ce qui indique que ces instruments mesurent des dimensions en partie

similaires. La corrélation entre les deux mesures n'étant pas parfaite, elles comportent donc des similitudes et des différences. Ces résultats concordent avec les recherches de Francis et Wilcox (1995) qui affirment que ces instruments mesurent des construits similaires mais qu'ils évaluent aussi des aspects différents de l'estime de soi ; ces chercheurs croient qu'une analyse plus poussée de ces questionnaires permettrait de décrire plus en détail les différents aspects de l'estime de soi.

En effet, Rosenberg et Coopersmith se rejoignent dans la construction de leur questionnaire, car ils ont tous deux structuré un questionnaire d'autoévaluation, facile à administrer, donnant une cote totale de l'estime de soi que Rosenberg nomme « globale » dans le RSE et que Coopersmith identifie sous le nom de « totale » dans le IES.

Cependant, le IES est construit à partir des déterminants de l'estime de soi; c'est une conception multidimensionnelle qui tient compte du vécu des individus en analysant l'influence de la vie familiale, de la vie sociale, de la vie professionnelle tout en tenant compte de la perception générale de soi tandis que Rosenberg ne touche pas à ces dimensions, il se limite à analyser uniquement l'évaluation générale de l'estime de soi, c'est une conception unidimensionnelle.

En bref, RSE et IES diffèrent sur plusieurs points : la mesure du RSE est unidimensionnelle, le questionnaire est court (10 questions) et les réponses laissent place à la nuance car il y a quatre choix de réponses de style Likert ;



le IES est multidimensionnel, il tient compte des déterminants de l'estime de soi, les réponses sont dichotomiques et le questionnaire est plus long (58 questions).

L'identification des ressemblances et des différences entre les deux instruments pour mesurer l'estime de soi dans cette recherche démontre bien la pertinence de l'utilisation de deux questionnaires pour mieux faire ressortir le lien entre l'estime de soi et l'autonomie psychologique. En effet, le fait de prendre deux mesures permet d'évaluer d'une part, la perception globale qu'une personne porte envers elle-même à la fois dans le RSE et le IES et, d'autre part, les sous-échelles du IES permettent d'aller plus en profondeur en tenant compte des déterminants de l'estime de soi dans sa compréhension. Cet aspect sera plus élaboré dans la section sur les variables prédictrices de l'autonomie psychologique au point 4.1.3

#### 4.1.3 Les variables prédictrices de l'autonomie psychologique

L'hypothèse stipulait que l'estime de soi serait un prédicteur de l'autonomie psychologique tout en contrôlant l'effet des variables sociodémographiques. Cette hypothèse est confirmée. De toutes les variables étudiées, il ressort que l'estime de soi a une influence sur l'autonomie psychologique après que l'effet des variables sociodémographiques soit contrôlé. Ces résultats vont dans le sens des recherches faites par Dubé et al. (1991), Bourbeau (1993), Leclerc et al. (1992) et Talbot (1995). Cependant, ils

contredisent les résultats de Dubé et al. (1992). En effet, pour ces derniers l'estime de soi est liée seulement à l'autonomie fonctionnelle chez les gens demeurant à domicile. De plus, les résultats de cette recherche nuancent les affirmations de Leclerc et al. (1992) qui stipulent que l'estime de soi est la variable la plus en relation avec l'autonomie psychologique. L'estime de soi a une influence, mais les variables sociodémographiques y jouent un rôle important. En effet, ces variables ont une influence significative sur l'autonomie psychologique tel que prédit par les recherches de Bourbeau (1993), Dubé et al. (1991, 1992), Leclerc et al. (1992), Talbot (1995). Elles expliquent de 7 % à 9 % de la variance de l'autonomie psychologique alors que l'estime de soi explique jusqu'à 6 % de la variance selon les dimensions.

L'absence de relation entre la présence d'un confident et l'autonomie psychologique constitue un résultat surprenant. Ceci diffère des résultats de Dubé et al. (1991) qui soulignent que la présence d'un confident s'est avérée une variable en relation significative avec l'autonomie psychologique chez les personnes âgées. Selon le portrait d'une personne autonome psychologiquement et ayant une bonne estime de soi, portrait présenté dans le contexte théorique, une telle personne serait autodéterminée et indépendante. En fait, il se pourrait que ce ne soit pas le fait d'avoir des confidents qui détermine l'autonomie psychologique mais le type de personnalité qui se dégage de ces personnes autonomes psychologiquement et ayant une bonne estime d'elles-mêmes. Le grand nombre de personnes âgées de l'étude déclarant avoir un confident explique peut-être en partie

l'absence de relation. Il faudrait poursuivre les recherches pour mieux documenter cet aspect.

Les résultats des régressions des diverses variables indépendantes sur l'autonomie psychologique diffèrent selon l'échelle d'estime de soi entrée dans l'équation. Ceci démontre qu'effectivement les deux échelles de l'estime de soi, bien que mesurant cette variable, n'évaluent pas exactement les mêmes dimensions. Le RSE explique 6 % de la variance de l'autonomie psychologique. Quand l'analyse porte sur l'échelle totale du IES qui se compose des quatre sous-échelles, l'estime de soi explique 3 % de la variation de l'autonomie psychologique, mais lorsque le RSE et le IES sont pris simultanément, l'estime de soi explique 9 % la variance de l'autonomie psychologique.

Les sous-échelles générale, famille, sociale ne semblent pas influencer l'autonomie psychologique ; seule la sous-échelle professionnelle a une influence significative (6 % de la variance).

Ces résultats démontrent que l'estime de soi prédit l'autonomie psychologique cependant, il faudrait chercher à comprendre l'impact des différences entre ces deux échelles sur le résultat. Comme les différences entre les deux échelles ont été décrites antérieurement et que ces mesures évaluent bien l'estime de soi, la différence des résultats entre les deux échelles pourraient, peut-être, parvenir en partie du fait que le IES n'a pas été traduit pour une population québécoise francophone, d'une part et, d'autre

part, le style de réponse sans nuance du questionnaire ne satisfait probablement pas les personnes âgées québécoises francophones qui demandent la possibilité de s'exprimer avec plus de nuance.

Afin de mieux saisir ces différences entre le RSE et le IES, une recherche ultérieure pourrait répondre à plusieurs questions. En effet, le RSE est un questionnaire qui mesure l'estime de soi sous son aspect général mais qui sous-tend des variables latentes non identifiées ; quelles sont ces variables? Est-ce que les questions rejoignent davantage le vécu cognitif, affectif ou comportemental d'une personne? Est-ce que les dimensions endogène et exogène de l'estime de soi sont mesurées? Ces mêmes questions se posent aussi en regard du IES, bien que ce questionnaire tienne compte de différents déterminants de l'estime de soi. Les réponses à ces questions permettraient de mieux identifier en quoi les deux instruments, bien que mesurant l'estime de soi, donne accès à des aspects différents de ce concept.

Selon les résultats présentés, seule la sous-échelle professionnelle du IES prédit l'autonomie psychologique. Coopersmith, en structurant son échelle professionnelle, se base sur des études qui montrent que les personnes chez lesquelles les réalisations ne concordent pas avec les aspirations personnelles se considèrent comme inférieures. Ces personnes font le plus souvent état de sentiments de culpabilité, d'autodépréciation ou même de dépression et accordent peu de valeurs à leurs résultats réels. Au contraire, les personnes qui ont une haute estime d'elles-mêmes se font une idée très

affirmée de leurs capacités et de leur individualité. Plus libérée des doutes et de l'ambivalence, plus résistante aux menaces, plus dégagée des troubles mineurs de la personnalité, la personne qui a une haute estime de soi a plus de facilité pour atteindre les buts personnels qu'elle s'est fixée.

Ceci va dans le sens des résultats de Bouffard et al. (1994) et de L'Écuyer (1988, 1994) qui soulignent que les personnes âgées accordent plus d'importance à leurs valeurs intrinsèques qu'à leurs compétences. La personne autonome psychologiquement et ayant une bonne estime de soi règle son comportement de l'intérieur (à partir de ses valeurs, de son jugement) ; elle s'évalue elle-même sur la base de standards ou de critères personnels. Ce qui fait dire à Bouffard et al. (1994) que les hommes se réfèrent davantage au passé pour parler de leur compétence grâce à leur travail et leur réalisations et que les femmes se préoccupent plus de compétences factuelles.

Le fait que les autres sous-échelles de Coopersmith ne semblent pas être en relation avec l'autonomie psychologique suscite des interrogations. En effet, comme cette recherche s'adresse à des personnes âgées, la question suivante se pose : est-ce que ces gens ne subissent plus l'influence des déterminants familial et social lorsqu'ils ont à prendre une décision ou passer à l'action? Si c'est le cas, l'importance de la présence d'un réseau social influençant l'autonomie psychologique des personnes âgées, tel qu'expliqué par Dubé et al. (1991), est remise en question. Pour ces chercheurs le maintien de l'autonomie psychologique est en relation avec la présence en

grand nombre de personnes auprès des personnes âgées, et ce, particulièrement chez les femmes ; ces résultats ne sont pas confirmés par cette étude, au contraire, car à l'analyse, il ressort que l'autonomie psychologique ne subit pas l'influence des variables familiale et sociale autant pour les hommes que pour les femmes. Cette différence pourrait s'expliquer par la clientèle consultée. En effet, les travaux de Dubé et al. (1991) comportaient un pourcentage plus important de clientèle en perte d'autonomie tandis que dans cette recherche les personnes âgées contactées sont autonomes.

Le fait que les sous-échelles famille et sociale n'expliquent pas une part significative de la variance de l'autonomie psychologique et que les échelles de RSE et de IES totale s'avèrent significatives permet de s'interroger sur la manière dont les personnes âgées s'analysent: est-ce que ces personnes ont davantage une perception globale d'elles-mêmes et est-ce qu'elles portent un jugement affectif sur leur valeur à partir d'une vision générale de ce qu'elles sont? En fait, l'influence de l'échelle professionnelle renforce cette idée dans la mesure où les personnes âgées accordent de l'importance à leurs réalisations pour s'aimer et se donner une image positive d'elles-mêmes. L'estime de soi totale influence donc l'autonomie psychologique des personnes âgées.

Le fait que seulement de 9 % à 13 % de la variance de l'autonomie psychologique soit expliquée par les variables incluses dans la présente recherche implique qu'il y a d'autres variables qui sont déterminantes pour

l'autonomie psychologique. Ces résultats confirment qu'il faut chercher à identifier d'autres variables qui influencent l'autonomie psychologique. Déjà, les valeurs actualisantes (Dubé et al., 1991) et le niveau d'espoir en la réalisation de projets (Dubé et al., 1992), la notion de contrôle (Dubé et al., 1991 ; Bourbeau, 1993) tel qu'ils ont été présenté antérieurement, demeurent des pistes intéressantes.

#### 4.1.4 Les variables sociodémographiques en relation avec l'autonomie psychologique et l'estime de soi

Les différences de résultats de certaines recherches en regard des relations entre les variables sociodémographiques et l'autonomie psychologique méritent une analyse particulière. En effet, les résultats de cette recherche montrent que seul le sexe est en relation significative avec l'autonomie psychologique et que ce sont les femmes qui ont une plus forte autonomie psychologique que les hommes ; ceci va dans le sens des travaux de Dubé et al. (1991) mais s'oppose aux résultats de Leclerc et al. (1992) pour qui les hommes ont une plus forte autonomie psychologique. Ici, l'âge n'a pas d'effet sur l'autonomie psychologique comme les résultats de Bourbeau (1993) et Dubé et al. (1991, 1992) mais cela contredit Leclerc et al. (1992) qui affirment que l'autonomie psychologique décroît significativement de 60 à 100 ans.

Cette recherche supporte les résultats de Bourbeau (1993) pour qui le revenu actuel ne semble pas avoir d'influence sur l'autonomie psychologique, ces résultats sont en contradictions avec Leclerc et al. (1992) pour qui plus une personne a un revenu inférieur, plus elle a une faible autonomie psychologique. Le revenu antérieur n'a pas d'influence sur l'autonomie psychologique dans cette étude ce qui contredit les résultats de Dubé et al. (1992) qui stipule que le revenu antérieur semble significatif.

L'analyse des résultats qui démontrent que la santé ne semble pas agir sur l'autonomie psychologique, remet en question les travaux de Dubé et al. (1991, 1992), Lamy et al. (1994) et Bourbeau (1993) qui affirment que la santé perçue a une influence sur l'autonomie psychologique. Cette différence s'explique probablement par le mode de recrutement des sujets de cette étude ; celui-ci n'assure pas une bonne représentativité de la population âgée en général et ne permet pas d'extrapoler sur la relation entre l'autonomie psychologique et la santé chez les personnes âgées en très mauvaise santé.

La présence d'un confident n'influence pas l'autonomie psychologique, selon cette analyse, ce qui s'oppose aux résultats obtenus par Dubé et al. (1991). Enfin, la scolarité ne prédit pas une meilleur autonomie psychologique selon les résultats de cette étude, ce qui confirme les résultats de Dubé et al. (1992) et Bourbeau (1993) mais remet en question les résultats de Leclerc et al. (1992) et Hémond (1999) pour qui l'autonomie psychologique est directement tributaire d'une scolarité supérieure.



Ces différences de résultats peuvent, probablement, s'expliquer par le choix des personnes âgées de cette étude. En effet, ces gens démontrent un profil dans la moyenne, voir même supérieur au niveau de la santé, des revenus, de la scolarité et de la présence d'un confident ; il serait peut-être opportun de faire une autre recherche où l'échantillon se composerait de personnes âgées venant de milieux différents de cette recherche et qui serait plus représentatif de la population âgée en général.

Cette dernière partie discute de l'effet des variables sociodémographiques sur l'estime de soi. Celles-ci expliquent en partie la variance de l'estime de soi mais c'est la scolarité qui a une influence significative à la fois sur le RSE et le IES. Les personnes âgées les plus scolarisées ont une estime de soi plus forte que les gens ayant une scolarité primaire. Cependant, il n'y a pas de différence significative au niveau de l'estime de soi lorsque la comparaison est faite entre les personnes âgées de scolarité primaire et secondaire. Ces résultats sont surprenants car la scolarité n'est pas une variable identifiée par les recherches comme ayant une influence sur l'estime de soi. Dans une prochaine recherche, il serait important de poursuivre cette analyse afin de connaître davantage l'impact de la scolarité d'une personne âgées sur l'estime de soi.

Il n'y a pas d'effet d'interaction de l'âge et du sexe sur l'estime de soi; ces résultats contredisent L'Écuyer (1988, 1994), Atchley (1989) et Frey et al. (1992) qui rapportent une fluctuation de l'estime de soi selon l'âge et le sexe. L'estime de soi ne diffère pas selon l'âge dans cette recherche ; ce résultat va

dans le sens de Bourbeau (1993) qui affirme que l'âge n'est pas relié à l'estime de soi ; cependant, pour Daniewicz et al. (1991), il existe une relation négative entre l'âge et l'estime de soi chez les personnes âgées. Enfin, l'estime de soi ne change pas selon le sexe dans cette population. Ceci est en opposition avec Atchley (1989) qui affirme que les hommes âgés démontrent une plus forte estime de soi que les femmes.

Lorsque l'analyse porte sur la relation entre la santé perçue et l'estime de soi des nuances apparaissent. La relation avec la santé est très faible lorsque l'estime de soi est analysée à l'aide du RSE mais la santé influence l'estime de soi lorsque le IES est utilisé. Cette différence s'explique du fait que le RSE et le IES mesurent des facettes différentes de l'estime de soi, comme il a été présenté antérieurement; en fait, le RSE analyse davantage la dimension endogène de l'estime de soi, comment « je » me perçois, tandis que le IES tient compte de la dimension exogène, à savoir comment les autres me perçoivent « moi » ; il y a lieu de se pencher sur l'impact de la perception de la santé de la personne âgées par les autres, ceci demeure une piste à explorer pour mieux saisir l'importance de l'état de santé réel de la personne âgée face à son environnement. De plus, ces résultats démontrent qu'il serait pertinent d'analyser davantage les questionnaires de l'estime de soi de Rosenberg et Coopersmith dans le but de mieux identifier ces différences. Enfin, la santé, bien qu'en relation significative avec l'estime de soi, n'est pas une variable qui avait été considérée en relation avec l'estime de soi dans le cadre théorique et expérimental, il serait opportun de poursuivre des recherches sur l'estime de soi en incluant cette variable.

De plus, les revenus n'ont pas d'influence sur l'estime de soi dans cette recherche. Ce résultat n'est pas surprenant car les recherches antérieures n'identifient pas de lien entre le revenu actuel ou le revenu antérieur et l'estime de soi.

Une analyse des relations entre les variables sociodémographiques, l'autonomie psychologique et l'estime de soi permet d'identifier des pistes de recherches. En effet, plusieurs résultats contradictoires méritent d'être étudiés davantage ; de plus ces recherches devraient sélectionner une population plus représentative des personnes âgées en général.

## Conclusion

Cette recherche met l'accent sur la relation entre l'estime de soi et l'autonomie psychologique chez les personnes âgées. En effet, plusieurs recherches ont tendance à considérer l'estime de soi comme la variable la plus significative en regard de l'autonomie psychologique. L'estime de soi représente la composante affective d'une personne. C'est une fonction subjective, venant à la fois de sources endogènes et exogènes ; c'est un construit perceptif et elle représente un jugement de valeur qu'une personne porte envers elle-même. L'estime de soi exprime un jugement évaluatif, subjectif et affectif d'une personne par rapport à sa valeur. Ceci détermine ses attitudes envers elle-même et, de ce fait, conditionne son efficacité personnelle. Ainsi, l'estime de soi est le processus par lequel une personne donne une valeur affective au soi. L'autonomie psychologique signifie le maintien de la volonté d'exercer soi-même son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir en tenant compte de la dynamique de l'individu, ses capacités et son intégration sociale.

Cette étude est faite auprès de 177 personnes âgées de 65 ans et plus demeurant à domicile, autonomes et ne souffrant pas de problèmes cognitifs. Les instruments de mesure utilisés sont le Questionnaire d'autonomie psychologique (Dubé et Lamy, 1990), le Questionnaire d'estime de soi de Rosenberg (1965), l'Inventaire d'estime de soi de Coopersmith (1984) et un

questionnaire de renseignements généraux. Le déroulement de l'expérimentation se fait en deux étapes: l'identification des sujets répondant aux exigences de la recherche auprès de différentes personnes et de différents groupes et, dans un deuxième temps, leur rencontre pour leur présenter les questionnaires et la façon de répondre.

Les résultats montrent que les variables sociodémographiques et l'estime de soi prédisent en partie l'autonomie psychologique en expliquant jusqu'à 18 % de la variance lorsque tous les aspects de l'estime de soi sont pris simultanément en considération. De plus, la sous-échelle professionnelle de l'estime de soi prédit l'autonomie psychologique. Cependant, le lien entre l'autonomie psychologique et la présence d'un confident est très faible. Dans les analyses complémentaires, parmi les variables sociodémographiques, seul le sexe prédit l'autonomie psychologique, les femmes ayant plus d'autonomie psychologique que les hommes; tandis que l'estime de soi est influencée par le degré de scolarité et la perception de la santé.

Cette relation entre l'autonomie psychologique et l'estime de soi devient une piste d'intervention auprès des personnes âgées. En effet, les personnes âgées sont placées souvent devant des décisions importantes à prendre et cette capacité de décider et d'agir doit être maintenue le plus longtemps possible. Les résultats de cette recherche montrent que l'estime de soi influence l'autonomie psychologique et, par conséquent, le fait de renforcer l'estime de soi des personnes âgées devient un moyen d'aider ces personnes à faire des choix par elles-mêmes. Un des moyens de maintenir l'estime de

soi, tel qu'identifié par cette étude, consiste à intervenir sur la perception que les personnes âgées peuvent avoir de leur santé. Il serait positif de faire bien comprendre leur état de santé aux personnes âgées car la perception de leur santé influence leur estime et de là, leur autonomie psychologique. Donc, d'agir en fonction du maintien l'estime de soi devient un moyen d'adaptation des personnes âgées face aux changements.

C'est donc au niveau de la prévention qu'il faut agir; les efforts doivent tendre à diminuer, sinon à éviter, une perception négative de leur santé. De fait, comme l'échelle professionnelle de l'estime de soi est en relation significative avec l'autonomie psychologique, il serait opportun que l'intervention valorise le vécu passé des personnes âgées et, cela, plus particulièrement chez les hommes qui donnent beaucoup d'importance à leurs réalisations passées pour s'aimer. En ce qui regarde les femmes, il serait pertinent de chercher à les valoriser par leur engagement quotidien, c'est là qu'elles se donnent une image positive d'elle-même.

Il faut préciser que les résultats obtenus dans cette étude ne sont pas généralisables à toute la population âgée, puisque la clientèle ciblée représente des personnes autonomes, sans problème cognitif et vivant à domicile et venant de la région du Bas-Saint-Laurent de la province de Québec.

Les prochaines études devraient porter sur la relation entre l'autonomie psychologique et l'estime de soi avec un autre type de clientèle, dans le but de

généraliser les résultats obtenus dans cette étude. De plus, d'autres recherches sur l'estime de soi et l'autonomie psychologique pourraient mettre en relation des variables reconnues comme significatives par rapport à l'autonomie psychologique, à savoir le soutien social, le niveau d'espoir en la réalisation de projets, la notion de contrôle et les valeurs actualisantes. Il serait aussi pertinent de valider le SEI auprès d'une clientèle âgée québécoise francophone afin de vérifier sa pertinence comme échelle d'analyse de l'estime de soi auprès de ces gens. De plus, une recherche pourrait avoir comme objectif d'identifier les variables sous-jacentes au RSE ainsi que de démontrer les dimensions évaluées par le RSE et le IES. En dernier lieu, la présente étude pourrait être reprise au complet, mais cette fois avec une clientèle en perte d'autonomie fonctionnelle, sans problème cognitif.

D'après les résultats de cette étude sur la relation entre l'autonomie psychologique et l'estime de soi, il semble opportun d'utiliser le questionnaire d'autonomie psychologique (QAP) auprès des personnes âgées. Du fait de ses qualités psychométriques et de par sa facilité d'utilisation auprès des personnes âgées québécoises, ce questionnaire permet de connaître plus spécifiquement et plus facilement le style de personnalité de la personne âgée afin de préciser les objectifs et les moyens d'intervention. En effet, une personne autonome psychologiquement décide et agit, par elle-même, en fonction des orientations les plus susceptibles de répondre à son bien être, ce qui diffère d'une personne ayant une faible autonomie psychologique car cette dernière va s'attendre à ce que d'autres décident et agissent à sa place. Cette connaissance permet d'adapter l'intervention auprès des personnes âgées. En



effet, cette démarche permettrait aux gens âgés de mieux décider de leur avenir. Une meilleure compréhension des comportements influencerait le maintien de la santé des personnes âgées et favoriserait le développement et le maintien de leur autonomie.

## Références

Adelmann, P. K. (1993). Psychological well-being and homemaker vs retire identity among older women. *Sex Roles*, 29 3/4, 195-212.

Albarède, J. D., Pous, P., & Cayla, F. (1981). *Facteurs qui conditionnent la perte d'autonomie*. 1<sup>er</sup> Congrès francophone de gérontologie (p. 381-389). Paris: Masson.

Atchley, R. C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontological Society of America*, 29 (2), 183-190.

Battle, J. (1989). *Self-esteem: The new revolution*. Edmonton, Alberta: James Battle and Associates.

Battle, J. (1991). *Self-esteem research: A summary of relevant findings*. Edmonton, Alberta: James Battle and Associates.

Battle, J. (1993). *Misconceptions regarding self-esteem*. Edmonton, Alberta: James Battle and Associates.

Baumeister, R. F. (Ed.). (1993). *Self-esteem. The puzzle of low self-regard*. New York: Plenum Press.

Bednar, R. L. & Peterson, S. R. (1995). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. (2<sup>e</sup> éd.). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Bednar, R. L., Wells, M. G., & Scott, R. P. (1989). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1993). *Personnes âgées. Une approche globale. Démarche des soins par besoin* (Édition revue et corrigée). Éditions Études vivantes.
- Bouffard, L., & Bastin, E. (1994). La perspective future des personnes âgées en fonction de la perte d'autonomie et du type d'habitation. *Journal International de Psychologie*, 29.(1), 39-53.
- Bouffard, L., Dubé, M., Lapierre, S., & Bastien, E. (1996). Le bien-être psychologique des personnes âgées par la poursuite des buts personnels. *Revue québécoise de psychologie*, 17(2), 115-135.
- Bourbeau, J. (1993). *L'autonomie psychologique, les capacités fonctionnelles et les ressources fonctionnelles d'une clientèle féminine en hôpital de jour*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Branden, N. (1969). *The psychology of self-esteem*. Los Angeles: Nash Publishing.
- Brandtstädter, J., & Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Breyspraak, L. M., & George, L. K. (1982). Self-concept and self-esteem, *clinical and social psychology: Research instruments*. In D. J. Mangen & W. A. Peterson (Eds) *Social gerontology* (vol.1), (pp.241-268). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bureau de la Statistique du Québec (1995). *La situation démographique au Québec*. Statistiques Démographiques.
- Caldock, K., & Wenger, G. C. (1993). Sociological aspects of health, dependency, and disability. *Reviews in Clinical Gerontology*, 3, 85-96.
- Campbell, J. (1990). Self-esteem and the clarity of the self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(3), 538-549.

- Carette, J. (1992a). *Manuel de gérontologie sociale 1*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Carette, J. (1992b). *Manuel de gérontologie sociale 2*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Caris, P., & Mishara, B. L. (1994) (Sous la direction de). *L'avenir des aînés au Québec après l'an 2000*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Charpentier, M. (1995). *Condition féminine et vieillissement*. Montréal: Les éditions du Remue-Ménage.
- Chowdhary, U. (1991). Clothing and self-esteem of the institutionalized elderly female: Two experiments. *Educational Gerontology*, 17, 527-541.
- Cloutier, R., & Renaud, A. (1990). *Psychologie de l'enfant*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Coleman, P. G. (1992). Personal adjustment in late life: Successful aging. *Reviews in Clinical Gerontology*, 2, 67-78.
- Coleman, P., Aubin, A., Robinson, M., Ivani-Chalian, C., & Brigg, R. (1993). Predictors of depressive symptoms and low self-esteem in a follow-up study of elderly people over 10 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 343-349.
- Collopy, B. J. (1988). Autonomy in long term care: Some crucial distinctions. *The Gerontological Society of America*, 28 (suppl.), 10-17.
- Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme (CCCSF) (1994). *Un dossier en évolution. Bilan de l'égalité de la femme au Canada*. Publication gouvernementale.
- Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). (1989). *Pour mieux comprendre l'autonomie des aînés. 1<sup>er</sup> rapport: Les obstacles et les avenues de solution*. Gouvernement du Canada.

- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: Freeman.
- Coopersmith, S. (1984a). *Self-Esteem Inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Coopersmith, S. (1984b). *Manuel. Inventaire d'estime de soi*. Paris: Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Daniewicz, M. S. W., Mercier, J. M., Powers, E. A., & Flynn, D. (1991). Change, resources and self-esteem in a community of women religious. *Journal of Women & Aging*, 3 (1), 71-91.
- Deci, E.L., & Ryan, R. M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(6), 1024-1037.
- Delisle, I. (1989). L'autonomie de la personne âgée. *L'infirmière canadienne*, 85(5), 34-37.
- Demo, D. H. (1985). The measurement of self-esteem: Refining our methods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(6), 1490-1502.
- Dubé, G. (1995). Éthique et vieillissement: enjeux personnels et collectifs. *Le Gérontophile*, 17(1), 3-7.
- Dubé, M., Alain, M., Lapierre, S., & Lalande, G. (1992). *Relation entre l'autonomie et certains facteurs psychologiques (actualisation de soi, support social, résignation acquise, niveau d'espoir) chez les âgés et les très âgés*. Rapport présenté au CQRS, Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S., & Bastin, E. (1993). *Une intervention de groupe axée sur la perspective future comme moyen d'intervention pour maintenir l'autonomie et la santé mentale des personnes âgées*. Rapport de recherche adressé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Franc, Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

- Dubé, M., Lalande, G., Gaudet, V., & Dionne, J. (1991). *Le maintien et le développement de l'autonomie des personnes âgées et très âgées: étude des facteurs psychologiques associés, recommandations et projets d'interventions*. Rapport de recherche adressé à la Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie-Bois-Franc, Laboratoire de gérontologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Dubé, M., & Lamy, L. (1990, Octobre). *L'autonomie psychologique des personnes âgées*. Communication présentée au IV<sup>e</sup> Congrès International francophone de gérontologie, Montréal: Edisem.
- Dufresne, J. (1990). Gérontologie, interdisciplinarité: des mots qui peuvent devenir des maux. Interdisciplinarité en gérontologie. *Actes du IV<sup>e</sup> Congrès international francophone de gérontologie*. Montréal: Edisem, p. XIII-XX.
- Duffy, M. E. & MacDonald, E. (1990). Determinants of functional health of older persons. *Gerontologist*, 30 (4), 503-509.
- Dworkin, G. (1988). *The theory and practice of autonomy*. New York: Cambridge University Press.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1989). *Vital involvement in old age. The Experience of Old Age in Our Time*. New York: W.W. Norton & Co.
- Fisher, B. J. (1991). *It's not quite Like home. Illness descent and the stigma of living at a multilevel care retirement facility*. New York: Garland Publishing.
- Fleming, J. S., & Courtney, E. (1984). The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (2), 404-424.
- Francis L. J., & Wilcox, C. (1995). Self-esteem and Rosenberg compared. *Psychological Reports*, 76, 1050.

- Frey, D. E., Kelbley, T. J., Durham, L., & James, J. S. (1992). Enhancing the self-esteem of selected male nursing home residents. *The Gerontologist*, 32(4), 552-557.
- Gagnon, C. (1994). *La prédiction de l'inceste par l'estime de soi et le soutien social*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Gareau, J. (1978). *Étude de l'estime de soi chez les personnes âgées impliquées dans un programme communautaire*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Gommers. A., & Van den Bosch de Aguilar, Ph. (1992). *Pour une vieillesse autonome. Vieillesse: dynamismes et potentialités*. Mardaga. Éd
- Gouvernement du Québec (1989). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé-Québec (tome 1)*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les publications du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1990). *Une réforme axée sur le citoyen*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. Les publications du Québec.
- Gouvernement du Québec. (1991). *Vers un nouvel équilibre des âges*. Rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications.
- Guay, F., Vallerand, R., Robert, J., & Losier, G. F. (1995). La motivation chez les personnes âgées: influence de l'évaluation cognitive du contexte social et répercussions sur l'adaptation psychologique. *Revue québécoise de psychologie*, 16 (2), 209-235.
- Haight, B., & Dias, J. (1992). Examining key variables in selected reminiscing modalities, *International Psychogeriatrics*, 4 (2), 279-290. Springer Publishing Company.
- Hattie, J. (1992). *Self-Concept*. Hillsdale, NJ: Lawrence Associates Publishers.



- Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1984). *Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)*. Lévis: Centre Hospitalier Hôtel-Dieu de Lévis.
- Hémond, É. (1999). La vie après 50 ans. Une étude du comité de gérontologie de l'Université du Québec. *Réseau, le magazine de l'Université du Québec*, 30(8), 8-11.
- Holahan, C. K. (1987). Relation of life goals at age 70 to activity participation and health and psychological well-being among termans's gifted men and women. *Psychology and Aging*, 3(3), 286-291.
- Hoffman-Gosset, M. A. (1987). *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation*. Chronique sociale Éd.
- Hunter, K. I., Linn, M. W., & Harris, R. (1981). Characteristics of high and low Self-esteem in the elderly. *Journal of Aging and Human Development*, 14, 117-125.
- Johnson, M. (1990). Adjustment in later life. *Aging in Society. Introduction to social gerontology* (pp. 89-122). London: Sage Publications.
- Joubert, P., & Maranda, M. A. (1994). *Jalons pour une politique sociale du vieillissement. L'avenir des aînés au Québec après l'an 2000*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Kitayama, S., Markus, H. R., & Lieberman, C. (1995). The collective construction of self-esteem. Implications for culture, self, and emotion. J. A. Russell *et al.* (Eds). *Everyday Conceptions of Emotion*. . Netherlands: Kluwer Academic Publishers, p. 523-550.
- Kivelä, S. L. (1994). Depression and physical and social functioning in old age. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89 (Supp.), 73-76.
- Krause, N. (1987). Life stress, social support and self-esteem in elderly population. *Psychology and Aging*, 2(4), 349-356.

- Krause, N., & Alexander, G. (1990). Self-esteem and psychological distress in later life. *Journal of Aging and Health*, 2(4), 419-438.
- Krause, N., & Borawski-Clark, E. (1994). Clarifying the functions of social support in later life. *Research on Aging*, 16(3), 251-279.
- Laforest, J. (1989). *Introduction à la gérontologie: croissance et d clin*. Ville Lasalle: Hurtubise HMH.
- Laforest, J. (1997). *Gérontologie appliquée: les professionnels de la vieillesse*. Ville Lasalle: Hurtubise HMH.
- Lalande, G. & Dubé, M. (1989, mai). *Facteurs d'actualisation de soi des très âgés*. Communication présentée à l'ACFAS, Montréal.
- Lamy, L., Dubé, M., Lapierre, S., Alain, M., & Lalande, G. (1994). L'autonomie fonctionnelle et la santé perçue comme prédicteurs de l'autonomie psychologique chez les personnes âgées. *Revue Québécoise de psychologie*, 15(3), 23-46.
- Lavallée, F. & Denis, M. C. (1986). L'actualisation de soi et la satisfaction de vivre chez les personnes âgées. Dans G. Leclerc ( d.), *Les conditions de l'autonomie individuelle et collective de la personne âgée*. Les cahiers scientifiques (ACFAS) (vol. 56, pp.
- Lebeau, A., Sicotte, C. Tilquin, C., & Tremblay, L. (1980). Le concept d'autonomie. *Santé mentale au Québec*, 5(2), 71-89.
- Leclerc, G. (1985). Actualisation de soi et vieillissement, *Canadian Gerontological*, 4, 310-321.
- Leclerc, G., Lefrançois, R., & Poulin, N. (1992). *Vieillissement actualisé et santé*. Rapport de recherche. Groupe de recherche sur l'actualisation de soi des personnes âgées (GRAPSA). Sherbrooke: Université de Sherbrooke.

- L'Écuyer, R. (1988). L'évolution de l'estime de soi chez les personnes âgées de 60 à 100 ans. *Revue Québécoise de Psychologie*, 9(2), 108-127.
- L'Écuyer, R. (1994). *Le développement du concept de soi. De L'enfance à la vieillesse*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lee, G. R., & Shenan, C. L. (1989). Social relations and the self-esteem of older persons. *Research on Aging*, 11(4), 427-442.
- McCrae, R. R. (1987). Age differences and changes in the use of coping mechanisms. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44(6), 161-169.
- Michaud, M., Leblanc, S., & Dubé, M. (1992) (Sous la direction de). À la découverte de l'indépendance des aînés. *Actes du XVe Colloque de l'Association québécoise de gérontologie*. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Monbourquette, J., Ladouceur, M., & Desjardins-Proulx, J. (1998). *Je suis aimable, je suis capable: parcours pour l'estime et l'affirmation de soi*. Québec: Novalis.
- Murrell, S., Meeks, S., & Walker, J. (1991). Protective fonction of health and self-esteem against depression in older adults facing illness or bereavement. *Psychology and Aging*, 6(3), 352-360.
- Paré, S. (1984). Qualité de vie de la personne âgée autonome. *Le Gérontophile*, 2(hiv.), 8-10.
- Parmelee, P. A., & Lawton, M. P. (1990). The design of special environments for the aged. J. E. Birren & W. Schaie (Eds). *Handbook of the Psychology of Aging*. (3rd ed). New York: Academic Press, p. 465-488.
- Perlow, M. (1992). Validity and reliability of the PSES. *Western Journal of Nursing Research*, 14(2), 201-210.

- Quéniaart, A. (1991). *Femmes et santé, aspects psychosociaux*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Rodin, J., & Langer, E. (1980). Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Issues*, 36(2), 12-29.
- Rogers, C. R. (1961). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Roid, G. H., & Fitts, W. H. (1991). *Tennessee self concept scale (TSCS) (Revised Manuel)*. Los Angeles, California: Western Psychological Services.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic.
- Rosenberg, M. (1985). Self-concept and psychological well-being in adolescence. R. Leahy (Ed.). *The Development of the Self*. New York: Academic Press, p. 205-246.
- Rosenberg, M. (1986). Self-concept from middle childhood through adolescence. Suls, J. & Greenwald, A. (Eds.). *Psychological Perspectives on the self*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 3, 107-136.
- Rousseau, J., Denis, M. C., & Dubé, M. (1993). *L'activité, l'autonomie et le bien-être psychologique chez les personnes âgées*. Rapport de recherche remis au Conseil québécois de la recherche sociale. Université du Québec à Trois-Rivières
- Roy, J., Vézina, A., & Cliche, A. (1996). *Les aînés et les solidarités dans leur milieu: L'envers du mythe*. Étude portant sur la solidarité horizontale des personnes âgées vivant à domicile et résidant dans le territoire du CLSC La Source. Centre de recherche sur les services communautaires. Faculté des sciences sociales, Université Laval.

- Roy, M. A., Neale, C., & Kendler, K. (1995). The genetic epidemiology of self-esteem. *British Journal of Psychiatry*, 166, 813-820.
- Ryff, C. D. (1991). Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons. *Psychology and Aging*, 6(2), 286-295.
- Saint-Arnaud, Y. (1982). *La personne qui s'actualise. Traité de psychologie humaniste*. Boucherville: Gaëtan Morin.
- Schwartz, A. N. (1975). An observation on self-esteem as the linchpin of quality of life for the aged. An essay. *The Gerontologist*, 15(5), 470-472.
- Shevlin, M. E., Bunting, B., & Lewis, C. (1995). Confirmatory factor analysis of the Rosenberg self esteem scale. *Psychological reports*, 76, 707-710.
- Shostrom, E. L. (1964). An inventory for the measurement of self-actualization. *Educational and Psychological Measurement*, 24(2), 207-217.
- Steffenhagen, R. A., & Burns, J. D. (1987). *The social dynamics of self-esteem. Theory to therapy*. New York: Praeger.
- Steffenhagen, R. A. (1990). *Self-esteem therapy*. New York: Praeger.
- Stevens-Ratchfort, R. G. (1993). The effect of life review reminiscence activities on depression and self-esteem in older adults. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(5), 413-420.
- Taft, B. L. (1985). Self-esteem in later life: A Nursing perspective. *Advances in Nursing Science*, 8(1), 77-84.
- Talbot, G. (1995). *L'actualisation de soi et sa relation à l'autonomie psychologique chez les personnes âgées et très âgées*. Mémoire de maîtrise inédit. Université du Québec à Trois-Rivières.

- Théolis, M (1990). *La santé mentale des personnes âgées*. Département de santé mentale de Lanaudière, Québec.
- Tremblay, D., & Payeur, C. (1994). *Travail et sécurité du revenu. L'avenir des aînés au Québec après l'an 2000*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25, 305-316.
- Verreault, R (1998). Vieillesse et perte d'autonomie: la réponse du réseau des soins. *Recherche en santé*, 16, 41-43.
- Veysette, B. (1989). *Dépendance et vieillissement*. Paris: L'Harmattan.
- Vong, C. H. (1991). Directions and developments in research on aging: perspectives from The National Institute on aging. *L'année Gérontologique. Facts and Research in Gerontology*. Albarède, J. L. & Vellas, P. (Eds.) Paris: Serdi, p. 411-426.
- Ward, H. W., Ramsdell, J. W., Jackson, J. E., Renvall, M., Swart, J. & Rockwell, E. (1990). Cognitive function testing in comprehensive geriatric assessment: A comparaison of cognitive test performance in residential and clinical settings. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(10), 1088-1092.
- Young, R. (1986). *Personal Autonomy. Beyond Negative and Positive Liberty*. London et Sydney: Croom Helm,

Appendice A  
Les Méthodes de Compilation des Questionnaires

Cette partie de la recherche fournit des informations complémentaires sur les questionnaires utilisés. Elle permet de mieux comprendre leur compilation.

#### La Compilation du Questionnaire d'Autonomie Psychologique (QAP)

Le grand total d'autonomie psychologique s'obtient soit en additionnant les résultats aux deux dimensions ou aux trois facteurs, soit en compilant tous les items. Les normes du niveau d'autonomie psychologique pour une clientèle âgée à domicile sont: faible = 85 à 105, moyen = 106 à 126, fort = 128 à 140. Le contrôle décisionnel s'évalue pour la dynamique de l'individu par les questions 10 + 25 (perception de soi, soit l'aspect cognitif), 12 + 14 (ressenti intérieur, soit l'aspect émotif), 7 + 26 (motivation, soit la volonté); pour les capacités, par les questions 27 + 28 (physiques), 3 + 19 (cognitives), 16 + 20 (sociales) ; l'intégration sociale, par les questions 15 + 18. Le contrôle comportemental pour la dynamique de l'individu, par les questions 2 + 9 (perception de soi, soit l'aspect cognitif), 1 + 22 (ressenti intérieur, soit l'aspect émotif), 4 + 24 (motivation, soit la volonté) ; pour les capacités, par les questions 11 + 13 (physiques), 8 + 21 (cognitives), 5 + 17 (sociales) ; l'intégration sociale, par les questions 6 + 23. Les questions évaluant la



dynamique de l'individu sont : 2 + 9 + 10 + 25 (perception de soi, soit l'aspect cognitif) ; 1 + 12 + 14 + 22 (ressenti intérieur, soit l'aspect émotif) ; 4 + 7 + 24 + 26 (motivation, soit la volonté). Les capacités sont évaluées par les questions suivantes : 11 + 13 + 27 + 28 (physiques) ; 3 + 8 + 19 + 21 (cognitives), 5 + 16 + 17 + 20 (sociales). L'intégration sociale est évaluée par les questions suivantes : 6 + 15 + 18 + 23.

La compilation des résultats se fait en additionnant les cotes aux items correspondant à chacune des échelles. Le grand total d'autonomie psychologique s'obtient soit en additionnant les résultats aux deux dimensions ou aux trois facteurs, soit en compilant tous les items. Les normes du niveau d'autonomie psychologique pour une clientèle âgée à domicile sont : faible = 85 à 105, moyen = 106 à 126, fort = 128 à 140. Le contrôle décisionnel s'évalue pour la dynamique de l'individu par les questions 10 + 25 (perception de soi, soit l'aspect cognitif), 12 + 14 (ressenti intérieur, soit l'aspect émotif), 7 + 26 (motivation, soit la volonté) ; pour les capacités, par les questions 27 + 28 (physiques), 3 + 19 (cognitives), 16 + 20 (sociales) ; l'intégration sociale, par les questions 15 + 18. Le contrôle comportemental pour la dynamique de l'individu, par les questions 2 + 9 (perception de soi, soit l'aspect cognitif), 1 + 22 (ressenti intérieur, soit l'aspect émotif), 4 + 24 (motivation, soit la volonté) ; pour les capacités, par les questions 11 + 13 (physiques), 8 + 21 (cognitives), 5 + 17 (sociales) ; l'intégration sociale, par les questions 6 + 23. Les questions évaluant la dynamique de l'individu sont: 2 + 9 + 10 + 25 (perception de soi, soit l'aspect cognitif) ; 1 + 12 + 14 + 22 (ressenti intérieur, soit l'aspect émotif) ; 4 + 7 + 24 + 26 (motivation, soit la

volonté). Les capacités sont évaluées par les questions suivantes: 11 + 13 + 27 + 28 (physiques) ; 3 + 8 + 19 + 21 (cognitives) ; 5 + 16 + 17 + 20 (sociales). L'intégration sociale est évaluée par les questions suivantes : 6 + 15 + 18 + 23 (Tableau 3).

#### La compilation du Roseberg self-esteem (RSE)

Le score global du niveau d'estime de soi est obtenu en additionnant le score à chacun des items. Les scores correspondent à la réponse du sujet pour les items 3, 5, 8, 9 et 10, alors que le score de chacun des autres items (1, 2, 4, 6, 7) est l'inverse de la réponse du sujet; par exemple, si le sujet a répondu 1 (tout à fait d'accord), le score 4 (pas du tout d'accord) lui est attribué. Plus le score total est élevé, plus l'estime de soi est forte (Gagnon, 1994).

### La Compilation de L'Inventaire d'Estime de Soi de Coopersmith (IES)

La compilation se fait rapidement à l'aide d'une grille, en comptant 1 point par marque apparaissant à travers les repères. Les cinq notes ainsi obtenues, général, familial, social, professionnel et mensonge, seront inscrites sur la feuille de réponses. La note totale d'estime de soi s'obtient en additionnant les notes aux quatre échelles: générale, familiale, sociale, professionnelle. La note à l'échelle de mensonge n'entre pas dans le total.

La composition de l'inventaire de la forme pour adulte comprend

- Échelle générale : 26 items (items no 1, 3, 4, 7, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 24, 25, 27, 30, 31, 34, 35, 38, 39, 43, 47, 48, 51, 55, 56, 57).
- Échelle sociale : 8 items (items no 5, 8, 14, 21, 28, 40, 49, 52).
- Échelle familiale : 8 items (items no 6, 9, 11, 16, 20, 22, 29, 44).
- Échelle professionnelle/scolaire : 8 items (items no 2, 17, 23, 33, 37, 42, 46, 54).
- Échelle de mensonge: 8 items (items no 26, 32, 36, 41, 45, 50, 53, 58).

Une échelle de mensonge a été créée. Elle comporte 8 items dont les contenus sont si clairement négatifs ou positifs, c'est-à-dire peu flatteur ou avantageux, que l'honnêteté des réponses ne peut laisser de doute.

Bien que le questionnaire pour adulte a été construit à partir des 58 items, Coopersmith présente une forme abrégée du questionnaire de l'inventaire de l'estime de soi pour adulte. Il comprend 25 items qui se divisent

en trois facteurs : le premier évalue l'estime de soi général, le deuxième représente la dimension familiale de l'estime de soi et le troisième évalue la composante sociale de l'estime de soi. La note totale d'estime de soi s'obtient en comptant 1 point aux questions 1, 4, 5, 8, 9, 14, 19, 20 qui correspondent à « me ressemble » et en comptant 1 point aux questions 2, 3, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24, 25 dont la réponse est « ne me ressemble pas ».

Tableau 3  
Compilation des items au questionnaire d'autonomie psychologique

Facteurs	Dimensions		Total
	Contrôle décisionnel	Contrôle comportemental	
Dynamique de l'individu			
- Perception de soi: (aspect cognitif)	Questions 10 + 25	Questions 2 + 9	
- Ressenti intérieur: (aspect émotif)	Questions 12 + 14	Questions 1 + 22	
- Motivation: (volonté)	Questions 7 + 26	Questions 4 + 24	
TOTAL			
Capacités			
- Physiques:	Questions 27 + 28	Questions 11 + 13	
- Cognitives:	Questions 3 + 19	Questions 8 + 21	
- Sociales:	Questions 16 + 20	Questions 5 + 17	
TOTAL			
Intégration sociale	Questions 15 + 18	Questions 6 + 23	
GRAND TOTAL		AUTONOMIE PSYCHOLOGIQUE	

Modèle tiré de Dubé *et al.* (1992). Avec la permission des auteurs.

## Appendice B

### Les Questionnaires distribués aux sujets

# QUESTIONNAIRE SUR L'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG (1965)

1	2	3

## DIRECTIVES

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants, en encerclant la réponse qui décrit le mieux votre opinion.

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
1. Je considère que j'ai au moins autant de valeur que les autres personnes.	1	2	3	4
2. Je crois posséder un certain nombre de qualités.	1	2	3	4
3. Tout compte fait, j'ai tendance à penser que j'ai tout raté.	1	2	3	4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que les autres.	1	2	3	4
5. Je crois qu'il n'y a pas grand chose dont je puisse être fière ou fier.	1	2	3	4
6. J'ai une attitude positive envers moi-même.	1	2	3	4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfaite ou satisfait de moi.	1	2	3	4
8. Je souhaiterais avoir plus de respect pour moi-même.	1	2	3	4
9. Il m'arrive parfois de me sentir inutile.	1	2	3	4
10. Je pense parfois que je suis bonne ou bon à rien	1	2	3	4

4

5

6

7

8

9

10

11

12

13

## INVENTAIRE DE COOPERSMITH

	Me ressemble	Ne me ressemble pas	
1. En général, je ne me fais pas de souci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 14
2. Je trouve très pénible d'avoir à prendre la parole dans un groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 15
3. Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 16
4. J'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 17
5. On s'amuse bien en ma compagnie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 18
6. Je suis souvent contrariée ou contrarié par ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 19
7. Je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 20
8. Je suis très appréciée ou apprécié par les personnes de mon âge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 21
9. Ma famille prête généralement attention à ce que je ressens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 22
10. Je cède très facilement aux autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 23
11. Ma famille attend trop de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 24
12. C'est très dur d'être moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 25
13. Tout est confus et embrouillé dans ma vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 26



	Me ressemble	Ne me ressemble pas	
14. J'ai généralement de l'influence sur les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 27
15. J'ai une mauvaise opinion de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 28
16. J'ai souvent envie de changer de vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 29
17. Je me sens souvent mal à l'aise dans mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 30
18. Je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 31
19. Quand j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 32
20. Ma famille me comprend bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 33
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 34
22. J'ai généralement l'impression d'être harcelée ou harcelé par ma famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 35
23. Je me décourage souvent quand je suis en train de faire quelque chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 36
24. Je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 37
25. Les autres ne me font pas souvent confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><div></div></div> 38

N.B À compléter s.v.p jusqu'à 58

## QUESTIONNAIRE PERCEPTION DE L'AUTONOMIE

DUBÉ, M. et LAMY, L.  
Laboratoire de Gériologie, UQTR

1 jamais	2 rarement	3 parfois	4 habituellement	5 toujours
-------------	---------------	--------------	---------------------	---------------

### Questions

- |  |   |   |   |   |   |    |                          |
|--|---|---|---|---|---|----|--------------------------|
| 1. Je suis satisfaite ou satisfait des actions que je pose   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 81 | <input type="checkbox"/> |
| 2. J'agis selon mon caractère  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 82 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Je choisis des activités qui vont m'aider à garder ma forme intellectuelle  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 83 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Je préfère faire moi-même toutes les choses qui me sont possibles   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 84 | <input type="checkbox"/> |
| 5. J'aime entrer en relation avec de nouvelles personnes   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 85 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Dans mes agissements, je tiens compte des limites qu'impose la vie en société                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 86 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Je veux choisir moi-même mes activités  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 87 | <input type="checkbox"/> |
| 8. Je fais des activités qui me permettent d'exercer ma mémoire  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 88 | <input type="checkbox"/> |
| 9. Ma façon d'agir correspond bien à mon caractère   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 89 | <input type="checkbox"/> |
| 10. Mes choix et mes décisions en disent beaucoup sur ma personnalité et sur mon caractère                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 90 | <input type="checkbox"/> |
| 11. Face à une difficulté physique, je cherche à développer de nouveaux moyens pour continuer à accomplir mes tâches | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 91 | <input type="checkbox"/> |
| 12. Il est important de tenir compte de mes sentiments pour prendre une décision                                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 92 | <input type="checkbox"/> |
| 13. Je fais des activités qui m'aident à garder ma forme physique  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 93 | <input type="checkbox"/> |
| 14. Je me fie sur ce que je ressens pour prendre une décision  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 94 | <input type="checkbox"/> |

	1	2	3	4	5
	jamais	rarement	parfois	habituellement	toujours
15. Quand je prends une décision, je tiens compte des possibilités du milieu dans lequel je suis					<input type="checkbox"/>
					86
16. Je choisis des occasions qui permettent d'établir des relations plus profondes	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					87
17. Je participe à des activités qui me permettent de rencontrer des gens	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					88
18. Je me préoccupe des autres tout en poursuivant mes propres intérêts	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					89
19. Je choisis des activités qui m'apprennent des choses nouvelles	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					90
20. Je choisis des activités où je peux connaître de nouvelles personnes	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					91
21. Je choisis des activités qui vont me garder alerte intellectuellement	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					92
22. J'agis selon mes sentiments	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					93
23. Quand je pose une action, je respecte l'environnement dans lequel je suis	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					94
24. C'est important pour moi de réaliser ce que j'ai décidé	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					95
25. Mes choix et mes décisions reflètent généralement la personne que je suis	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					96
26. Je veux prendre moi-même mes décisions	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					97
27. Je décide de faire tout ce qui m'est physiquement possible de faire	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					98
28. Je choisis des activités qui vont m'aider à garder ma forme physique	1	2	3	4	5
					<input type="checkbox"/>
					99

## IDENTIFICATION DES SUJETS ET RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Quel est votre âge?

\_\_\_\_\_ ans

--	--	--

101 102 103

2. Quel est votre sexe?

1. Féminin ☐

2. Masculin ☐

--

100

3. Quelle est votre scolarité?

Encerclez l'énoncé choisi (un seul)

1. aucune scolarité – ne sait ni lire ni écrire
2. aucune scolarité – sait lire sans écrire
3. aucune scolarité – sait lire et écrire
4. élémentaire primaire (1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup>)
5. élémentaire primaire (5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup>)
6. secondaire (8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>)
7. secondaire (10<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup>)
8. métier ou technique
9. collégial – classique
10. universitaire

--	--

104 105

4. Avant la retraite, est-ce que votre revenu était?

Encerclez l'énoncé choisi

1. très au-dessus de la moyenne
2. au-dessus de la moyenne
3. dans la moyenne
4. au-dessous de la moyenne
5. très au-dessous de la moyenne

--

106

5. Votre revenu brut actuel est-il?

Encerclez l'énoncé choisi

1. très au-dessus de la moyenne
2. au-dessus de la moyenne
3. dans la moyenne
4. au-dessous de la moyenne
5. très au-dessous de la moyenne



107

6. Votre état de santé est-il?

Encerclez l'énoncé choisi (un seul)

1. très au-dessus de la moyenne
2. au-dessus de la moyenne
3. dans la moyenne
4. au-dessous de la moyenne
5. très au-dessous de la moyenne



108

7. Au cours des six derniers mois, y a-t-il eu dans votre vie une personne particulièrement proche de vous, c'est-à-dire quelqu'un avec qui vous partagez vos pensées les plus secrètes, vos sentiments les plus intimes, les plus profonds, quelqu'un sur qui vous pouvez compter, quelqu'un qui est un confident?

Encerclez l'énoncé choisi

1. oui
2. non



109

## Appendice C

Tableau 4

Régression multiple des variables sociodémographiques sur l'autonomie psychologique.

Variabes	R <sup>2</sup> cum.	F	DI	R <sup>2</sup> augm.	F	dl
Sexe	.03	5.23*	1,172	.03	5.2	1,172
Santé	.05	4.35**	2,171	.02	3.40	1,171
Revenu antérieur	.06	3.66**	3,170	.01	2.23	1,170
Scolarité	.07	3.04*	4,169	.01	1.18	1,169
Âge	.07	2.44	5,168	.00	.07	1,168
Revenu actuel	.07	2.02	6,167	.00	.01	1,167

• \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

Tableau 5

Régression multiple des variables sociodémographiques sur l'estime de soi de Rosenberg

Variables	R <sup>2</sup> cum.	F	DI	R <sup>2</sup> augm.	F	dl
Scolarité	.04	6.41**	1,164	.04	6.41**	1,164
Santé	.05	4.31**	2,163	.01	2.17	1,163
Revenu antérieur	.06	3.66**	3,162	.01	2.28	1,162
Revenu actuel	.07	2.85*	4,161	.00	.46	1,161
Sexe	.07	2.29*	5,160	.00	.13	1,160

• \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$



Tableau 6

Régression multiple des variables sociodémographiques sur l'estime de soi de Coopersmith

Variables	R <sup>2</sup> cum.	F	DI	R <sup>2</sup> augm.	F	dl
Scolarité	.05	8.22***	1,172	.05	8.22***	1,172
Santé	.07	6.00***	2,171	.02	3.83*	1,171
Revenu antérieur	.08	4.67**	3,170	.01	1.77	1,170
Revenu actuel.	.08	3.69**	4,169	.00	.74	1,169
Sexe	.08	3.05**	5,168	.00	.54	1,168
Âge	.08	2.59**	6,167	.00	.37	1,167

• \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$